1939

Aus der Chirurgischen Klinik
der Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg
(stellv. Direktor: Prof. Dr. med. W. Wagner)

Über die Entzündung der Vorsteherdrüse und ihre Behandlung

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg

Vorgelegt von

HANS JOACHIM SERFLING
Arzt aus Halle (Saale)

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

Halle (Saale) 1939

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätte Halle (Saale), Dölauer Str. 14

Aus der Chirurgischen Klinik
der Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg
(stellv. Direktor: Prof. Dr. med. W. Wagner)

Über die Entzündung der Vorseherdrüse und ihre Behandlung

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg

Vorgelegt von

HANS JOACHIM SERFLING
Arzt aus Halle (Saale)

Halle (Saale) 1939

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätte Halle (Saale), Dölauer Str. 14

1. Berichterstatter: Dozent Dr. med. Kraas.
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Wagner.
Tag der mündlichen Prüfung: 14. Juli 1939.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät.

INHALTSVERZEICHNIS.

I. Die Definition der Prostatitis.

II. Die Histologie der verschiedenen Prostatitisformen.

III. Die Aetiologie der Prostatitis.

IV. Die Klinik der verschiedenen Prostatitisformen:
- a) Die Klinik der katarrhalischen Prostatitis,
- b) die Klinik der follikulären Prostatitis,
- c) die Klinik der parenchymatösen Prostatitis und der Prostataabszesse,
- d) die Klinik der chronischen Prostatitis.

V. Die Behandlung der Prostatitis:
- a) die Behandlung der akuten Prostatitis,
- b) die Behandlung der chronischen Prostatitis,
- c) die Behandlung der Prostataabszesse.

VI. Zusammenfassung.

VII. Schrifttum.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152001_0064

I. Die Definition der Prostatitis.

Die Entzündung der Vorsteherdrüse ist meist bakteriellen Ur-ungs. Streng von der eigentlichen Entzündung sind Erscheinungen trennen, die durch Kongestion des Organs bedingt sind. Die Blut-rfüllung der Prostata, die durch mannigfache Reize, wie Radfahren, ten, Masturbation und den Coitus interruptus, entsteht, kann einer ten Entzündung klinisch sehr ähnlich sein. Neben den subjektiven chwerden kann objektiv sehr wohl eine Vergrößerung und Druck-pfindlichkeit der Drüse und durch die vermehrte Sekretion der stata ein Harnröhrenausfluß bestehen. In Zweifelsfällen wird uns mikroskopische Untersuchung des Prostatasekrets sehr schnell klärung bringen können. Während sich in dem Sekret der nur ch Blutüberfüllung gereizten Prostata wenig Leukozyten und viele ithinkörnchen befinden, besteht das Sekret bei einer echten Prosta-s aus Eiter und zeigt keine Lecithinkörnchen.

II. Die Histologie der verschiedenen Prostatitisformen.

Histologisch werden 3 verschiedene Formen der Prostatitis unter-ieden:

Die einfachste Form ist die Prostatitis katarrhalis sive glandu-s. Die Entzündungsvorgänge spielen sich bei dieser Form vorwie-d in den Lumina der Drüsenausführungsgänge ab. Es kommt zur mehrten Sekretion, zur Proliferation und Desquamation des Epithels. Überdem wandern Leukozyten in die Lumina. Epithel, Sekret und die ukozyten werden durch die Ausführungsgänge in die Urethra aus-toßen.

Die zweite Form ist die Prostatitis follikularis, die als Fortsetzung katarrhalischen aufzufassen ist. Auch hier bleibt der Prozeß auf vorgebildeten Hohlräume der Drüse beschränkt. Allerdings sind hier erster Linie die Drüsenlumina befallen. In der Mehrzahl der Fälle l mehrere Drüsenläppchen beteiligt. Die Drüsenlumina sind prall Eiter und Epithelien angefüllt. Man spricht in solchen Fällen von udoabszessen, da sich ja der Eiter in einer vorgebildeten Höhle ndet.

Die parenchymatöse Prostatitis stellt pathologisch-anatomisch die te Form der Vorsteherdrüsenentzündung dar. Neben der Entzün-g der Drüsenlumina kommt es hier noch zur kleinzelligen Infil-ion des fibromuskulären Stromas. In einem Teil der Fälle ent-t nun durch Gewebseinschmelzung der echte Prostataabszess. In

ein und derselben Drüse können alle beschriebenen Formen z
gleichen Zeit vorkommen.

Das histologische Bild nach Abklingen der Entzündung gesta
sich folgendermaßen: Die schwersten Veränderungen hinterläßt
Abszeß. War nur ein Teil des Prostatagewebes eingeschmolzen w
den, so kommt es, nachdem sich die Abszeßhöhle gereinigt hat,
allmählichen Schrumpfung der fibrösen Abszeßwand und binde
webigen Vernarbung der Abszeßhöhle. Wenn der Abszeß nahe
Drüsenoberfläche lag, so wird u. U. eine Einziehung vorhanden se
Ausgedehntere Abszeßhöhlen, vor allem aber Einschmelzungen
gesamten Prostataparenchyms, vernarben häufig nicht. Wir sehen da
chronische Abszeßhöhlen mit verdickter Wandung und eitrigem jauc
gem Inhalt. Die alten Abszeßhöhlen haben eine Fistelöffnung je na
Durchbruchsrichtung des Abszesses. Die parenchymatöse Prostat
ohne Abszeßbildung wird stets narbig ausheilen. War die ganze Dr
infiltriert, so kann es durch Narbenzug bzw. Schrumpfung zur Atrop
des ganzen Organs kommen. Durch Abschnürung der Drüsenlum
entstehen Retentionszysten. Die beiden erstgenannten Formen der E
zündungen heilen im allgemeinen ohne Hinterlassung anatomisch
Veränderungen ab.

II. Die Ätiologie der Prostatitis.

Prostatitiden können durch mechanische Reize, wie Instillation
Katheterismus usw., ohne jegliche Einwirkung von Bakterien e
stehen. In der Mehrzahl der Fälle werden aber traumatische E
wirkungen dieser Art lediglich zum entzündungsauslösenden Mom
einer bakteriell bedingten Vorsteherdrüsenentzündung. Besonders
dem urethralen Infektionswege spielt das Trauma eine wichtige Ro
Die massenhaft in der gesunden Harnröhre vorkommenden Bakteri
können schon durch leichteste Reizzustände der Urethra zu Entzü
dungserregern werden. Die am häufigsten Prostatitis auslösenden V
letzungen sind urethrale Eingriffe: Katheterismus, Instillationen, C
stoskopien, Lithotripsie und Sondierungen. Aber auch von außen e
wirkende Traumen, wie Reiten, Radfahren, Motorradfahren usw. E
zesse in venere und Masturbation bewirken zuweilen ein Virulentwerd
der Bakterien in der Harnröhre. Ähnliche Prostatitis vermitteln
Momente sind Blasensteine und Harnröhrenstrikturen. Bei dem folge
den Falle war sicher das Steinleiden die Ursache einer Prostatitis,
mal nach Zertrümmerung des Steines Heilung eintrat.

Fall 1.

Es handelt sich um den 58 Jahre alten Kellner P. K. Aufnahm
tag 9. 9. 1936.

Vorgeschichte: 1906 und 1908 war er wegen beiderseitigen Lu
genspitzenkatarrhs in einer Lungenheilstätte. 1927 bekam der Patie

renkoliken und lag einige Zeit im Naumburger Krankenhaus. Es rde ein linksseitiger Nierenstein festgestellt. 1929 wurde Patient rmals wegen Koliken in der Nierengegend im Krankenhaus aufge- nmen. Er war damals 17 Wochen bettlägerig. Ein Stein wurde nicht hr festgestellt. Nach seiner Entlassung traten die Koliken immer ter auf, hörten jedoch im Laufe der Jahre auf.

Im Herbst 1935 traten brennende Schmerzen beim Wasserlassen l außerdem Harnverhaltung auf. Der Urin war klar. Patient litt ter Schmerzen am Damm, die von da aus bis vor zur Eichel aus- ahlten. Besonders während des Stuhlganges traten diese Schmerzen tig auf. Oft zeigten sich auch Anschwellungen am Damm. Trotzdem t Patient bis 8 Tage vor der Aufnahme gearbeitet. Da sich die hmerzen aber dann so steigerten, daß er nicht mehr gehen und hen konnte und auch das Liegen mit heftigen Schmerzen ver- nden war, ließ er sich am 9. 9. 1936 aufnehmen.

Befund: Kräftiger Mann. Herz und Lunge o. B. Bei der Auf- hme keine Temperatursteigerung. Urinbefund: Reaktion alkalisch, weiß negativ, Zucker negativ, im Sediment reichlich Leukozyten, einzelte Erythrozyten und Epithelien. Rektaler Befund: Rechter ostatalappen mäßig vergrößert. Drüse in toto schmerzhaft, rechts hr als links. Glatte Oberfläche und normale Konsistenz. Cystokopie: in gut konzentriert, nicht trübe. Ostien nicht sicher zu sehen. Blasen- hleimhaut etwas injiziert. Am Blasenboden ein etwa kirschgroßer in. Die zunächst eingeschlagene Therapie (tägliche Sitzbäder und asenspülungen) hatten keinen Erfolg. Noch am 10. 10. klagte der anke über druckartige Schmerzen im Enddarm, besonders beim hlgang und beim Sitzen. Am 12. 10. wurde in Periduralanästhesie Steinzertrümmerung vorgenommen. Die Bröckel wurden abge- ugt. Der cystoskopische Befund ergibt noch eine stark gerötete asenschleimhaut. Am 17. 10. cystoskopische Kontrolle. Die Blase völlig reizlos. Am 20. 10. konnte der Kranke als geheilt entlassen rden.

Auf eine im Februar 1939 an ihn gerichtete Anfrage teilt Patient t, daß er bis jetzt keine Beschwerden wieder von seiten der ostata gehabt habe.

Die Einwanderung der Bakterien in die Prostata kann auf 3 ver- hiedenen Wegen vor sich gehen: 1. von der Harnröhre her durch Ductus ejaculatorii, 2. auf dem Blutwege, 3. auf dem Lymphwege.

1. Die häufigste Ursache der urogenen Infektion der Prostata die Gonorrhoe der hinteren Harnröhre. Im Schrifttum wird mit- eilt, daß ungefähr 80—90 % aller urogenen Entzündungen des Organs rch den Gonokokkus hervorgerufen werden. Bei der gonorrhoi- nen Prostatitis wird der Gonokokkus bald durch andere Mikroorganis- en ersetzt. Er bereitet sozusagen für die Staphylokokken, Streptо- kken und Kolibazillen nur den Weg vor. Nach Ansicht mancher toren werden eitrige Prostatitiden stets durch Mischinfektionen her-

vorgerufen. Der Gonokokkus führe zu sehr starken Entzündungen d Gewebes, aber niemals zu einer Eiterung. Die Frage, wie lange sich d Gonokokkus in der Prostata halten kann, ist umstritten. Wesson ve tritt die Ansicht, daß er häufig schon nach 6 Monaten nicht me nachzuweisen sei. Länger als 3 Jahre halte sich der Gonokokkus i allgemeinen nicht in der Vorsteherdrüse; allerdings sind von ander Seite Fälle beobachtet worden, wo er sogar noch nach 6 und 28 Jahr nachweisbar war. Nur 10 bis 20 % der urogenen Prostatitiden werd also primär durch die banalen Erreger, wie Staphylokokken, Strept kokken, Bakt. Coli und Proteus hervorgerufen. Vermutlich sind au im folgenden Falle 11 Jahre nach der gonorrhoischen Infektion d Gonokokken die Ursache der chronischen Prostatitis.

Fall 2.

Es handelt sich um den 33jährigen Patienten W. B. Aufnahm tag 22. 9. 1926.

Vorgeschichte: Viele Kinderkrankheiten durchgemacht. Na einem Scharlach als Schulkind ist er 2 Jahre lang nierenleidend g wesen. 1915 zog er sich beim Militär eine Gonorrhoe zu. Der Tripp sei damals ausgeheilt worden. Seit dieser Zeit konnte Patient n schwer Wasser lassen. Der Urin war eine Zeit lang trübe, besser sich aber im Laufe der Jahre. Seit 9 Wochen sei der Harn neue dings unklar. Außerdem habe er ziehende Schmerzen in der Blas Aufnahme am 22. 9. 1936. Der Kranke bot damals folgendes Bild:

Sehr kräftiger Mann, geringe Temperatursteigerung, starker Har drang; beim Wasserlassen tröpfelt der Harn anfangs nur ab, dan kommt er in dünnem Strahl. Blasenentenesmen, Epididymitis recht Innere Organe o. B. Urin: Reaktion alkalisch, Eiweiß positiv, Zuck negativ, im Sediment massenhaft Leukozyten, vereinzelt Erythrozyte und Epithelien. Rektaler Palpationsbefund: Schwellung und starl Schmerzhaftigkeit der Prostata. In den mehrfach angefertigten A strichen konnten stets Gonokokken nachgewiesen werden. Im übrige gingen die Schmerzhaftigkeit und die Schwellung der Prostata auf d Behandlung mit Sitzbädern bald zurück, und das Wasserlassen wa ohne starke Schmerzen möglich.

Auch bei dem

Fall 3.

sind wohl im Anschluß an einen grippalen Infekt 12 Jahre alt Gonokokkenherde wieder zum Aufflackern gebracht worden.

Patient O. W., 36 Jahre. Aufnahmetag 10. 3. 33.

Vorgeschichte: Mit 9 Jahren Typhus. 1921 Gonorrhoe, die i einem Hamburger Krankenhaus behandelt wurde und angeblich au geheilt sei. Am 4. 2. 1933 erkrankte Patient plötzlich an Grippe. E begab sich am 14. 2. wegen Grippe in ärztliche Behandlung. Am 10. 1933 wurde der Kranke wegen Prostatitis zur stationären Behandlun aufgenommen.

Beschwerden bei der Aufnahme: Patient hat beim Stehen gar ine Beschwerden, beim Sitzen und während des Stuhlgangs heftige chmerzen im Mastdarm. Außerdem besteht ein leichter Druckschmerz rechten Hoden. Früher sollen auch Nierenschmerzen bestanden ben, die jetzt aber nicht mehr vorhanden seien. Er müsse nachts -4 mal Wasser lassen.

Befund: Leicht erhöhte Temperatur. Innere Organe ohne krankiften Befund. Urinbefund regelrecht. Rektale Untersuchung: Prostata eich, vergrößert, der linke Lappen druckschmerzhaft. Im Abstrich nnten einwandfrei Gonokokken nachgewiesen werden. In den nächsten agen nahmen die Schmerzen am Damm zu. 13 Tage nach der ufnahme gingen unter heftigen Schmerzen eitrige Massen mit dem uhl ab. Der Kranke hatte nach erfolgter Perforation seines Prostataszesses keinerlei Beschwerden und Temperaturen mehr. Im Prostataksperimat konnten Gonokokken nachgewiesen werden. Er wurde auf genes Drängen aus der Klinik entlassen.

Ich möchte aber auch annehmen, daß in allen später angeführten ällen, bei denen eine Gonorrhoe in der Anamnese zu finden ist, diese tzten Endes doch stets die eigentliche Ursache einer nach vielen ahren aufgetretenen Prostatitis ist, selbst wenn bei der nun bestehenen Adnexentzündung keine Gonokokken mehr nachgewiesen werden können.

Ein weiterer wichtiger Infektionsweg der Prostata ist die Blutahn. Nach Harry Cluver sind ca. 10 % aller Prostatitiden haemagenen Ursprungs. Die Prostata scheint eine äußerst günstige Abgerungsstätte für im Blute kreisende Krankheitserreger zu sein. Es andelt sich bei der haematogenen Infektion der Drüse um eine usscheidungsinfektion. Die auf dem Blutwege zur Drüse verschleppten rreger werden erst in die Drüsenlumina ausgeschieden, bevor sie eine ntzündung hervorrufen. Metastatische Entzündungen der Vorsteherrüse wurden nach folgenden Infektionskrankheiten beobachtet: Grippe, ollikuläre Angina, Tonsillarabszeß, Plaut Vincent'sche Angina, Typhus, urunkulose, Pyämie, Osteomyelitis, Enteritis, Variola, Rotz, Pneumonie, anaritien und Appendicitiden. Bemerkenswert ist die Ätiologie eines etastatischen Prostataabszesses nach einer traumatischen Pleuritis, von er Barringer berichtet: Ein 20jähriger Mann machte einen Suicidersuch durch einen Revolverschuß in die linke Brustseite. Das Geschoß konnte nicht entfernt werden. Der Kranke bekam eine eitrige leuritis und Pericarditis, von der er sich nach 3 Monaten vollständig rholte. 3 Monate nach der Abheilung der Pleuritis bekam der Kranke lötzlich Harnbeschwerden. Es wurde ein Prostataabszeß festgestellt, er eröffnet werden mußte. Im Prostataeiter befand sich der Staphykokkus Pyogenes aureus. Patient wurde nach 4 Wochen geheilt.

Barringer teilt weiterhin einen Fall mit, bei dem er trotz bestehender Harnröhren-Gonorrhoe eine haematogene Infektion der Vorsteher-

drüse annimmt. Es handelte sich um einen 29jährigen Kranken, vor ca. 1 Monat mit hohem Fieber und Milzschwellung erkrankte. E Diagnose konnte nicht gestellt werden. Bald stellten sich bei d Kranken Harnbeschwerden ein. Die urologische Untersuchung gab: Gonokokken im Urethralsekret, eine stark vergrößerte und fl tuierende Prostata. Es lag ein Abszeß vor, der perineal gespal wurde. Im Eiter fanden sich Staphylokokken. Nach 4 Wochen Heilu Barringer glaubt trotz der Gonorrhoe nicht an einen urogen e standenen Prostataabszeß, sondern vielmehr an eine haematogene fektion, die mit der fieberhaften Erkrankung mit vergrößerter M in Zusammenhang steht.

In der Regel werden im Falle der haematogenen Prostatitis Drüsensekret die Erreger der entsprechenden Ausgangskrankheit funden: Beim Typhus, also der Eberth-Gaffky'sche Bazillus, Furunkulose der Staphylokokkus, bei Pneumonie der Pneumokok bei Angina der Streptokokkus usw. Lediglich bei der Grippe-Prostati ist es bisher nicht gelungen, Influenzabazillen im Sekret nachzuweis Man fand in den meisten Fällen Staphylokokken oder Colibakteri Sicherlich hängt dies auch mit der Schwierigkeit des Nachweises d Pfeiffer'schen Bazillus zusammen. Zu bemerken ist, daß der Prim herd bzw. die primäre Erkrankung recht milde oder sogar völ ohne Erscheinungen verlaufen kann. Sie wird daher häufig vom A und Patienten übersehen. Zu jenen Fällen gehört zweifellos die id pathische Prostatitis, die es nach Meinung der meisten Autoren nic gibt. Besonders die durch Grippe und durch schadhafte Zähne h vorgerufenen metastatischen Prostatitiden täuschen häufig eine primä Entzündung der Vorsteherdrüse vor. Außerdem ist der Zeitpunkt d Auftretens einer sekundären Prostataentzündung nach dem primär Leiden großen Schwankungen unterworfen. Auch dies trägt dazu b daß der ursächliche Zusammenhang zwischen primärer und seku därer Erkrankung vollkommen verwischt werden kann, zumal d Patienten im Intervall völlig beschwerdefrei sein können. In der Meh zahl der Fälle des Schrifttums traten die ersten Erscheinungen v seiten der Prostata 8—14 Tage nach der Ausgangskrankheit auf. Di trifft in der Hauptsache bei Prostatitiden zu, die nach Influenz Furunkulose, Appendicitiden und Panaritien auftraten. Chiaudan beschreibt einen Fall: Ein 54jähriger Mann, der an einer croupös Pneumonie erkrankt war, zeigte schon wenige Tage nach der En fieberung die Erscheinungen einer Prostatitis, die im Laufe v 4 Wochen zum Abszeß wurde. Im Prostataeiter wurden einwandfr Pneumokokken nachgewiesen. Im allgemeinen scheinen Prostatitide als Metastasen von Pneumonien sehr kurze Zeit nach dem Ursprung leiden aufzutreten. Martin berichtet sogar von einer Pneumoni bei der sich der Prostataabszeß schon in den ersten Tagen der pr mären Erkrankung entwickelte. Beim Typhus trat in mehreren Fälle die metastatische Vorsteherentzündung erst nach 3 Monaten auf. L Fur glaubt sogar noch an eine metastatische Prostatitis bei einer

tienten, bei dem vor ca. 2 Jahren ein Tonsillarabszeß vorgelegen tte.

Zusammenfassend kann jedenfalls gesagt werden, daß das Inter- ll zwischen Ursprungserkrankung und sekundärer Prostatitis sehr ßen Schwankungen unterworfen sein kann und es dazu beiträgt, ß die Diagnose „metastatische Prostatitis" verhältnismäßig selten ge- llt wird.

Der letzte Weg, auf dem der Krankheitserreger zur Vorsteher- üse gelangen kann, ist die Lymphbahn. Alle entzündlichen Erschei- ngen in ihrer Umgebung, wie Proktitiden, Periproktitiden, infizierte aemorrhoidalknoten, Analfissuren, Phlegmonen am Perineum können sgangspunkt der lymphogen entstandenen Prostatitis werden. Bar- n g e r berichtet von mehreren Fällen, bei denen nach Haemorrhoi- loperationen eine Prostatitis auftrat. Eine Infektion der Harnwege ler eine andere Körperinfektion hatte nicht vorgelegen. Die Patienten nd auch nicht katheterisiert worden. Am naheliegendsten ist also er eine aufsteigende Infektion von den nach Ligatur oder auf andere rt verödeten nekrotisierenden Haemorrhoidalknoten entlang der ymphbahnen, die vom Rektum zur Prostata ziehen. Begünstigend heint die nach der Operation absichtliche Obstipierung der Kranken u wirken, die ja eine gewisse Stauung in der Prostata verursacht. e d e w i l l möchte in vielen Fällen von nicht gonorrhoischen Ent- ndungen der Vorsteherdrüse das Intestinum als lymphogene Infek- onsquelle des Organs ansehen. Die Änderung der Darmflora, be- nders im Colon, bedinge sehr leicht eine Entzündung der Darm- hleimhaut, von der aus dann auf den zwischen Darm und Harnwegen estehenden Lymphwegen das uropoetische System, besonders die Pro- ata, infiziert werden könnte. Seine Theorie begründet er neben der atsache, daß Lymphbahnen zwischen Darm und Urogenitalsystem erlaufen, damit, daß eine Änderung der Darmflora in solchen Fällen ie Entzündung der Prostata und der sonstigen Harnwege heilen kann. eben diätetischen Maßnahmen und Colonwaschungen seien besonders arminstillationen von Colikulturen und Einverleibungen von Kul- uren des Bazillus acidophilus in Milch per os von Erfolg gekrönt.

IV. Die Klinik der verschiedenen Prostatitisformen.

Die klinischen Symptome der Prostatitis zeigen nach Art und usdehnung der Entzündung verschiedene Stärke.

a) Die Klinik der katarrhalischen Prostatitis.

Bei der rein katarrhalischen Prostatitis wird das Bild von der ast immer bestehenden Urethritis posterior beherrscht. Der Harn-

drang ist vermehrt. Die Miktion ist von mehr oder weniger heftig Schmerzen, besonders in der Glans penis, begleitet. Der Urin ist me klar oder zeigt höchstens eine nur geringe Trübung oder Flockung. D Allgemeinbefinden des Patienten ist meist kaum beeinträchtigt. Größ Temperaturanstiege werden nicht beobachtet. Lediglich besteht quälendes Gefühl von Druck und Schwere am Damm und im Rektu Die Defäkation ist schmerzhaft. Bei der rektalen Untersuchung fin man, daß die Prostata nur wenig vergrößert und auf Druck eine mäßi Schmerzempfindung zeigt. Mikroskopisch zeigen sich im Prostata primat bei einer katarrhalischen Entzündung hauptsächlich Epitheli und verhältnismäßig wenig Leukozyten. Die für das gesunde Pr statasekret charakteristischen Lecithinkörperchen sind vermindert.

b) Die Klinik der follikulären Prostatitis.

Bei der follikulären Form der Vorsteherdrüsenentzündung tret die schon bei der katarrhalischen Form beschriebenen Beschwerden verstärktem Maße auf. Das Allgemeinbefinden der Kranken ist sta beeinträchtigt. Besonders bei der Coli-Prostatitis sollen nach Sut die schweren fieberhaften Allgemeinerscheinungen das Krankheitsbi beherrschen. Die Schmerzen am Damm und Rektum können sich bis z Unerträglichkeit steigern. Die Temperatur steigt nicht selten bis üb 40° an. Wiederum sind auch Fälle beobachtet worden, bei den trotz heftiger Allgemeinerscheinungen kein Temperaturanstieg erfolgt Die Erscheinungen von seiten der Harnwege können evtl., wenigste in den ersten Krankheitstagen, vollständig in den Hintergrund trete Im Schrifttum ist eine Anzahl von Prostatitiden bekannt geworden, d mit heftigen kolikartigen Schmerzen in der rechten oder linken Bauc seite begannen, so daß Krankheitsbilder wie beim Ileus, bei Appe dicitiden und Nierensteinkoliken zustande kamen. Man glaubt, daß die Art von Beschwerden durch eine Störung der Darmmotilität als Fer symptom einer Prostatitis aufzufassen ist. Andere Autoren nehme eine Reizung des Peritoneums an, zumal bei einigen solcher Fäl eine Beteiligung des periprostatischen Gewebes festgestellt wurde. der Regel stehen natürlich bei der akuten follikulären Prostatitis d Harnbeschwerden im Vordergrund. Da der Vorsteherdrüsenentzün dung häufig eine Urethritis und Cystitis vorausgeht, mischen sich ih Symptome meist mit den Erscheinungen des ersten Leidens. Bei mi deren Formen der akuten Prostatitis beherrschen Cystitis und Urethrit das Krankheitsbild. Die reinsten Prostatasymptome zeigen die met statischen Formen, wenn das primäre Leiden schon zur Ausheilun gekommen ist. Durch die starke Kongestion der hinteren Harnröhr die dadurch viel empfindlicher ist, kommt es zu vehementem Har drang. Am Ende der Miktion tritt ein heftiger stechender Schme auf. Dieser Schmerz ist dadurch bedingt, daß nach Entleerung d Blase durch Zusammenziehung der glatten Muskulatur des Blase halses das entzündete und empfindliche Gewebe unter stärkeren Druc

etzt wird. In manchen Fällen kommt es durch das Zusammenziehen Blasenhalsmuskulatur am Ende der Miktion in der stark kongestio-rten Schleimhaut zu Gefäßzerreißungen und zur Blutung nach ßen. Man spricht dann von terminaler Haematurie. Während bei der arrhalischen Prostatitis das Wasserlassen ungestört ist, fließt der rn bei der follikulären Form nur in schwachem und stockendem ahl. In schwerenFällen kommt es sogar zur völligen Harnverhaltung, laß Katheterismus oder sogar eine Blasenpunktion nötig wird. Dieser uten Urinretention können zweierlei Ursachen zugrundeliegen. Ein-al kann die entzündlich vergrößerte Drüse eine rein mechanische Ver-gung des Blasenausganges bedingen. Andererseits kann ein reflek-risch ausgelöster Schließmuskelkrampf eine völlige Harnverhaltung rursachen. 2 Fälle der Klinik, bei denen sich die eben angeführten mptome fanden, mögen an dieser Stelle angeführt werden:

all 4.

Patient W. W., 20 Jahre. Aufnahmetag 29. 4. 1925.

Vorgeschichte: Bisher nie ernstlich krank gewesen. Jetzige Be-hwerden: Seit 3 Wochen Schmerzen beim Sitzen, die sich allmählich mer mehr und mehr steigerten. Beim Wasserlassen brennt es uptsächlich zwischen Genitale und After. Am Ende der Miktion mmt Blut nach. Patient muß häufig urinieren, auch nachts. Vor-r war der Urin angeblich immer klar. Er habe nie einen Tripper habt. Stuhlgang regelmäßig.

Befund: Mittelgroßer kräftiger Mann. Herz und Lungen regel-cht. Abdomen weich, nicht druckempfindlich. Am Genitale keine chtbaren Veränderungen, kein Ausfluß. Urinbefund: Reaktion sauer, iweiß positiv, Zucker negativ, im Sediment massenhaft Leukozyten, reinzelt Erythrozyten, keine Bakterien, keine Epithelien. Normale uls- und Temperaturlage. Rektaler Befund: Prostata deutlich schmerz-aft, jedoch nicht vergrößert. Cystoskopischer Befund: Blasenschleim-aut stark entzündet. Gefäßzeichnung nirgends mehr sichtbar. Über-l starke Schleimhautdefekte, besonders am Blasenboden. Die Ure-renostien sind sichtbar, liegen aber in Schleimhautdefekten. Auf die ehandlung mit Sitzbädern und Belladonnazäpfchen besserten sich ie Beschwerden innerhalb von 10 Tagen.

all 5.

Patient R. P., 32 Jahre. Aufnahmetag 29. 3. 1926.

Vorgeschichte: 1921 Appendektomie, sonst nie ernstlich krank ewesen. Geschlechtskrankheiten werden negiert.

Jetzige Beschwerden: Vor 1 Woche plötzlich heftige Beschwerden eim Wasserlassen, die gegen Ende der Miktion immer stärker wur-en, bis mit dem letzten Tropfen Blut kam. Es stellte sich quälender Harndrang ein, ohne daß Patient spontan Wasser lassen konnte. Nach weimaligem Katheterismus, 10 mal in der Nacht, alle halben Stunden

am Tage Harndrang, dem bei etwaiger Verzögerung jeweilig unwi kürlicher Urinabgang folgte.

Befund: Mittelgroßer Mann, kräftig gebaut. Herz und Lung regelrecht. Harnbefund: Reaktion sauer, Eiweiß positiv, Zucker neg tiv, im Sediment massenhaft Leukozyten, vereinzelt Erythrozyten u Epithelien. Cystoskopie: Kapazität 300 ccm. Am Trigonum und Blase boden Entzündungsherde, die die Ostien ziemlich freilassen. Üb dem linken Ostium ein etwa linsengroßes Geschwür. Auch sor fibrinbelegte Stellen. Bei einer etwas später vorgenommenen rektal Untersuchung konnte eine fluktuierende Prostatageschwulst nachgew sen werden.

Der digitale Untersuchungsbefund ergibt bei der akuten Pr statitis eine vergrößerte Drüse, deren Oberfläche glatt und pra gespannt ist. Bei der frischen Entzündung läßt sich zunächst aus d Drüse kein Sekret exprimieren. Dies erklärt auch die Tatsache, da bei follikulären Prostatitiden anfänglich der Urin völlig klar und fr von Eiweiß ist. Erst nach mehreren Tagen, wenn die seriöse Durc tränkung und die Blutanschoppung des Organs zurückgeht, entlee sich eitriges Sekret aus der Prostata und mischt sich besonders a Ende der Miktion dem Urin bei. Die Symptome bessern sich dan bei genügender Eiterentleerung meist rasch. Spontan fließt selten Eit durch die Harnröhre nach außen ab. Bei der rektalen Palpation i die Drüse dann wesentlich weicher geworden. Auch hat die Spontan und Druckschmerzhaftigkeit nachgelassen. Das Prostatasekret, we ches sich jetzt leicht ausstreichen läßt, ist rein eitrig. Außer den Eite zellen findet man unter dem Mikroskop Epithelien, Detritus und Bak terien. Die Lecithinkörperchen sind in der Regel völlig verschwunde Bei genügendem Abfluß des eitrigen Sekretes können solche follikuläre Entzündungen im Verlauf mehrerer Wochen mit Restitutio ad int grum ausheilen. In einer großen Zahl der Fälle geht der Prozeß jedoc in eine parenchymatöse Form bzw. in Abszeß über. Die milder ver laufenden Entzündungen der Drüse haben eine starke Neigung, i die chronische Prostatitis überzugehen. Nach Abklingen einer akute Vorsteherdrüsenentzündung bleiben gern abgekapselte Bakterienhaufe die mit keinerlei Entzündungserscheinungen einhergehen, in der Drüs liegen. Durch irgendein auslösendes Moment wie Trauma, eine inte kurrente Erkrankung, können sie unter Umständen noch nach Jahr zehnten aktiviert werden. Es kann sich so, wie wir auch bei unserer Material sehen, erneut eine akute oder mehr subakute bis chronisc verlaufende Prostatitis entwickeln. Auch Arturo Serantes tei einen Fall mit, bei dem sich 11 Jahre nach einer akuten gonorrhoische Prostatitis miliare Abszesse in der Drüse bildeten. Es kam zur Metasta sierung in verschiedenen Organen und zum Exitus letalis. Der Krank war 11 Jahre lang völlig beschwerdefrei gewesen. Die erneute Erkran kung trat auf, nachdem Patient tags zuvor stark erhitzt 5 Liter Bie getrunken und ein kaltes Bad genommen hatte. Serantes ist der Me

g, daß man die vor 11 Jahren erfolgte Infektion der Prostata als Ursache der tödlichen Erkrankung ansprechen müsse.

Der Verlauf einer akuten Prostatitis kann sich erheblich kompli-en, wenn die Entzündung in das zwischen Prostata und Rektum gene Gewebe übergreift. Es kommt so zum Krankheitsbild der prostatischen Ph'egmone oder sogar zur Phlebitis des periprosta-en Venenplexus. Bei einer Beteiligung des periprostatischen Ge-es nehmen die klinischen Erscheinungen bedrohliche Formen

Die Temperatur steigt meist bis auf 41° an, der Kranke leidet er Schüttelfrösten. Nicht selten zeigt sich eine starke Beeinträchti-ig des Kreislaufes. Bei der rektalen Untersuchung ist die Vor-herdrüse vom Nachbargewebe nicht mehr abgrenzbar. Die sonst er der entzündeten Drüse gut verschiebliche vordere Mastdarmwand meint mit dem Infiltrat fest verbacken zu sein. Gewöhnlich reicht s Infiltrat sehr weit nach oben und erstreckt sich beiderseits bis auf vorderen Wände des kleinen Beckens. Die Prognose ist stets sehr ist zu stellen, da ständig die Sepsis droht. Durch größere Gewebs-schmelzungen kann es unter Umständen zum Durchbruch in den stdarm oder in die Harnröhre kommen. Hartnäckige Harnröhren-er Mastdarmfisteln sind dann die Folge. Die gefährlichste Kompli-tion der akuten Prostatitis ist zweifellos die Phlebitis periprostatica. e Diagnose ist vor allem aus dem septischen Krankheitsbild zu llen. In manchen Fällen ist vom Rektum aus eine höckerige Ge-hwulst zu fühlen, die aus zusammengeknäulten dicken Strängen bestehen scheint. Es ist naheliegend, daß es sehr leicht zu Ver-hleppung thrombotischer Massen kommen kann. Die Entwicklung riger Metastasen ist dann so ziemlich in allen inneren Organen d Gelenken möglich. Nur wenige Patienten kommen in diesem stande mit dem Leben davon. Fischer und Orth berichten sogar, ß durch eine Thrombosierung des Plexus pubicus impar infolge ckläufiger Gerinnung in den Penisvenen eine Gangrän des Gliedes tstehen kann. Im übrigen sind eine Anzahl von Urologen der An-cht, daß sehr viele Prostatiden von einer periprostatischen Throm-phlebitis begleitet sind, die nur symptomlos verlaufen und auch em palpierenden Finger entgehen. Die nach rektalen Untersuchungen häufigen Temperaturanstiege seien auf Verschleppung kleinster in-zierter Thromben in die Blutbahn zurückzuführen. Schon nach einer nmaligen brüsken Untersuchung könne ohne weiteres eine Septico-yämie die Folge sein. An dieser Stelle sei schon darauf hingewiesen, aß eine Massage der Drüse bei akuter Entzündung abzulehnen ist. u erwähnen ist, daß in der von mir durchgesehenen urologischen teratur über keine Fälle berichtet worden ist, bei denen bei einer kuten follikulären Prostatitis ohne Beteiligung des periprostatischen enenplexus eine Gelenkentzündung aufgetreten ist. Auch von derma-logischer Seite wird mitgeteilt, daß z. B. eine Beteiligung der Prostata eineswegs zum Bilde der Arthritis gonorrhoica gehört.

c) Die Klinik der parenchymatösen Prostatis und der Prostataabszesse.

Somit wären alle Komplikationen der akuten Prostatitis behandelt. Ein ernsteres Krankheitsbild als die follikuläre Prostatitis bie die Prostatitis parenchymatosa und der Prostataabszeß. Wie eingan schon kurz bei der Besprechung der pathologischen Anatomie d Vorsteherdrüsenentzündung erwähnt wurde, bleibt der Prozeß häu nicht auf die Drüsenlumina beschränkt. Es kommt zur kleinzellig Infiltration des fibromuskulären Stromas, welches allzuleicht eing schmolzen wird. Die fibromuskulären Erweichungsherde konfluier dann mit dem Pseudoabszeß. Auch in diesem Stadium kann es wo noch zur Rückbildung kommen. Gewöhnlich resultiert jedoch d Prostataabszeß. Praktisch handelt es sich somit bei der parenchym tösen Entzündung nur um eine Übergangsform, die die Brücke zwisch follikulärer Prostatitis und dem Abszeß schlägt. Bei der Prostatiti parenchymatosa bzw. beim Prostataabszeß stehen die heftigen Allg meinerscheinungen oft viel mehr im Vordergrunde als die lokale Symptome. Es besteht in der Regel eine sehr hohe Temperatur, d Puls ist frequent, der Kranke sieht verfallen aus und erbricht, d Zunge ist belegt und trocken. Es ist im Schrifttum allgemein anerkann daß die Diagnosestellung des mit stürmischen Allgemeinerscheinunge einhergehenden Abszesses nicht immer leicht ist. Immer und imm wieder sind Patienten beobachtet worden, bei denen sich erst Loka symptome bemerkbar machten, nachdem die heftigsten Allgemeine scheinungen schon 5—8 Tage bestanden. Selbst das klassische Bil einer Malaria vermochte einen Prostataabszeß vorzutäuschen. (Pol lock, Robert.) Bemerkenswert ist, daß fast alle Patienten, b denen der Prostataabszeß zunächst klinisch so uncharakteristisc und atypisch verlief, trotz Operation an einer Sepsis oder peritoneale Affektion zu Grunde gingen. Eine weitere Eigentümlichkeit des Prost taabszesses ist, daß das Fieber durchaus nicht zu dem klinische Verlaufe gehört. Casper hat z. B. mehr Abszesse ohne als m Temperatursteigerungen gesehen. Hinrichsen fand ebenfalls vo 34 Fällen 10mal kein Fieber. Wenn die typischen Lokalsymptome da Krankheitsbild beherrschen, wird man bei der Diagnosestellung kaum auf Schwierigkeiten stoßen können. Wie bei den akuten follikuläre Entzündungen bestehen meist unerträgliche Schmerzen im Mastdarm und am Damm, die bis in den Rücken und bis in die Oberschenkel aus strahlen können. Dabei kann das Perineum und das Skrotum teigig geschwollen, ersteres auch hervorgewölbt sein. Stuhl und Urin sistie ren in der Regel. Dabei besteht jedoch meist Harn- und Stuhldrang. Vor dem spontanen Durchbruch oder der operativen Eröffnung de Abszesses kann der Urin völlig klar und frei von Albumen sein. Eine Abgrenzung gegenüber der akuten eitrigen Prostatitis ermöglicht nu der rektale Palpationsbefund. Die Prostata ist sehr vergrößert, pral gespannt und äußerst druckempfindlich. Das wesentliche ist jedoch

: in dem einen oder anderen Lappen zu tastende Fluktuation als
mptom einer Gewebseinschmelzung. Sie ist das absolut beweisende
i hen für einen Abszeß des Organs. Fehlt sie, so erlaubt häufig
st der Spontandurchbruch eines Abszesses die richtige Diagnose-
llung. Die Erfahrung hat gelehrt, daß eine Beteiligung des peri-
ostatischen Gewebes stets mehr für einen Einschmelzungsprozeß
; für eine follikuläre Prostatitis spricht. In den meisten Fällen kommt
zur partiellen Abszedierung des Organs. Gelegentlich wird aber
r dem Durchbruch das gesamte Prostatagewebe eingeschmolzen, so-
ß eine große Abszeßhöhle entsteht, deren Wand die fibröse Kapsel
r Drüse darstellt. Wird der Prostataabszeß nicht operativ ange-
ngen, so bricht er gewöhnlich nach längerer oder kürzerer Zeit
die Harnröhre, Blase oder in den Mastdarm durch. Seltener bahnt
ch der Abszeß einen Weg zum Damm, da ihm die Faszien und die
uskeln des Beckenbodens einen erheblichen Widerstand entgegen-
llen. Damit sind die Durchbruchsmöglichkeiten bei weitem noch
cht erschöpft. Es sind genügend Fälle beobachtet worden, bei denen
ch Abszesse durch das Cavum ischio-rectale nach außen entleerten.
ndere bahnten sich einen Weg durch die paravesiculären Räume
s zur Leistenbeuge. Auch Durchbrüche durch das Foramen abtura-
rium sind bekannt geworden. Tasso Astériadés berichtet
gar von einem Kranken, bei dem sich ein Prostataabszeß bis in das
nke Corpus cavernosus ausgebreitet hatte, der sich als schmerzhafte
chwellung an der linken Seite der Peniswurzel bemerkbar machte.
ei der Eröffnung des Schwellkörpers gelangte man mit dem tou-
ierenden Finger durch eine kleine Öffnung in eine große Abszeß-
öhle, die der Lage nach nur zur Prostata gehören konnte. Die letzte
nd gefürchtetste Durchbruchsmöglichkeit eines Prostataabszesses ist
e Entleerung in die Bauchhöhle. Alle Patienten, bei denen ein solcher
urchbruch erfolgte, starben. Am günstigsten für den Krankheitsver-
uf ist zweifellos der Durchbruch nach der Harnröhre. Bei gutem
iterabfluß durch die Urethra bessern sich die Beschwerden meist
hnell, und nach Reinigung der Abszeßhöhle genesen die Kranken
wöhnlich rasch. Langwieriger gestaltet sich der Krankheitsverlauf
ei Abszeßdurchbrüchen in das Rektum. Die Abflußverhältnisse sind
cht so günstig wie nach der Harnröhre. Durch im Rektum liegende
otmassen kann die Abszeßöffnung sehr leicht verlegt und somit
r Eiter gestaut werden. Diese Retentionen verursachen dann wieder
lgemein- und Lokalerscheinungen. In der Regel treten sie wohl nicht
dem Maße auf wie vor dem Durchbruch, da von Zeit zu Zeit, be-
nders beim Pressen zum Stuhl, doch Eiter abfließt. In den Mast-
arm durchgebrochene Abszesse haben große Neigung, chronisch zu
erden. Neben dem ungenügenden Eiterabfluß sind es vor allem die
akterien des Darmes, die in die Abszeßhöhle einwandern und Ent-
ndungsprozesse unterhalten. Ohne chirurgische Hilfe bestehen in-
lgedessen wenig Aussichten, daß der Abszeß ausheilt und sich die
stel schließt. Oft genug bildet sich in solchen Fällen eine nie sich

von selbst wieder schließende Recto-Urethralfistel, die dem Träg außerordentlich lästig und gefährlich wird. Sehr leicht entwick sich im Anschluß daran eine aufsteigende Infektion der Harnwege, d dem schon hinfälligen Kranken nicht selten das Leben kostet. — Auß dem treten weniger das Leben bedrohende, aber doch sehr lästige U annehmlichkeiten auf. Da der Mastdarm und die hintere Harnröh kommunizieren, kann es zum Urinabgang durch den Mastdarm kor men, andererseits gelangen Kot und Flatus durch die Harnröhre nac außen. Das Verlassen der Darmgase durch die Harnröhre wird a „Lufthamen" bezeichnet. 2 Fälle dieser Art, die in der Chirurgisch Universitäts-Klinik Halle beobachtet wurden, sollen an anderer Stel geschildert werden. Ungünstig sind auch die Heilungsaussichten, wer der Durchbruch nach dem Damm, ins Cavum ischio-rectale oder die Leistenbeuge erfolgte. Es pflegen sich hieran schwer zu b hebende Fisteleiterungen zu entwickeln mit den lokalen und allg meinen Symptomen einer chronischen Prostatitis. Nicht unerhebli ist die Gefahr der Sepsis oder der Septicopyämie bei akuten Prostat abszessen. Besonders scheinen jene Abszesse dazu zu neigen, b denen die Spontanperforation verzögert ist oder überhaupt ausbleib Selbst die rechtzeitig vorgenommene Eröffnung kann häufig den Au bruch der Allgemeininfektion nicht verhindern. Trotz breiter Spaltu des Abszesses kam es im folgenden Fall zum Exitus letalis.

Fall 6.

Patient K. R., 60 Jahre alt, Lokomotivführer. Aufnahme 1. 6. 1937.

Vorgeschichte: Vor einigen Jahren habe er Ischias gehabt. I Sommer 1936 erster Beginn der Erkrankung. Das Wasserlassen s immer sehr erschwert gewesen. Allerdings habe er sich nicht kath terisieren lassen brauchen, er habe auch immer seinen Dienst ve richten können. Neuer Beginn der Erkrankung vor ca. 6 Wochen m Schmerzen in der Blasengegend. Zuerst sei er noch 1 Woche zu Dienst gegangen. Dann sei er 5 Wochen lang zuhause vom Ar behandelt worden. Aufnahme 1. 6. 37.

Befund: Mäßiger Allgemeinzustand. Haut und Schleimha schlecht durchblutet. Kopf, Hals und Rachen o. B. Pulmo: keine Klop schalldifferenzen, Bläschenatmen. Herz: diastolisches Geräusch üb der Aorta. Puls regelmäßig. Leib aufgetrieben, jedoch keine Druc schmerzempfindlichkeit. Extremitäten regelrecht. Rektaler Palpation befund: Prostata mäßig vergrößert, äußerst druckschmerzhaft.

Verlauf: 1. 6.: Temperaturanstieg auf 41°, Schüttelfrost. Es we den zunächst Blasenspülungen gemacht und ein Dauerkatheter gele 2. 6.: Sehr schlechter Allgemeinzustand, starke Schmerzen, besonde während des Stuhlgangs. Urin: Reaktion sauer, Spur Eiweiß, Zuck negativ, im Sediment wenig Leukozyten, Epithelien, ganz vereinze hyaline Zylinder, massenhaft Bakterien. Am 4. 6. erneuter Schüttelfro Patient hat intermittierende Fieber mit Anstiegen bis auf 40°. Blu

is: Hämoglobin 67 %, Stabkernige 35 %, Lymphozyten 14 %, Jugliche 4 %. 5. 6.: Zustand des Kranken ist schlecht, hohe Tempera- Dauerkatheter wird entfernt. 7. 6.: Da sich der Zustand des Kran- weiterhin verschlechtert hat und sich der Damm stark vorwölbt, ration in Aethernarkose (Professor Voelcker). Schnitt rechts vom s. Angehen und Spalten der Prostata. Es entleert sich reichlich r Drain, Dauerkatheter. 11. 6.: Die bisherigen unregelmäßigen peraturen beginnen abzufallen. Am 24. 6. hatte sich der Zustand Kranken gebessert, sodaß er versuchsweise aufstehen konnte. 26. 6.: eute Bettruhe, erneute Temperaturanstiege bis 39,3, Verschlechterung Allgemeinbefindens. 5. 7.: Temperatur weiter hoch, Allgemeinbeen weiter verschlechtert. Pulslage um 100–110 in der Minute. : Röntgenaufnahmen von Lunge und Abdomen: Kein Anhalt für zesse (subphrenischer Abszeß. 12. 7.: Sehr schlechter Allgemeinland. Tropfeinlauf. Mehrfache eingehende Untersuchungen ergeben nen Anhalt für etwaiges Vorliegen eines erneuten Abszesses. Am 7. Exitus letalis.

Sektionsbericht: Zustand nach Entleerung eines Prostataabszesses 6 Wochen, nach klinischer Angabe. Jetzt keine Prostataeiterung nr feststellbar. Adenomatöse Prostatahypertrophie, haemorrhagische rotisierende Entzündung der Blase mit Kalkinkrustation am Blasengang. Hochgradige Divertikulosis. Bildung von 3 bis pflaumengroßen Blasensteinen. Aufsteigende beidseitige Nephritis und Pyelonephritis, besonders links, mit Ausbildung großer Abszesse in der linken Niere. Paraurethritis und Paranephritis links. Chronisch entzündlicher Milztumor. Trübe Schwellung der Leber mit anämischer Fleckung und starker Haemosiderose. Praeuraemischer Zustand, haemorrhagische Gastritis, haemorrhagische Colitis und Proktitis. Aspiration den Lungen mit Bildung eitriger Herdpneumonien, vorwiegend im hten Unterlappen, geringe fibrinöse Pleuritis daselbst. Dilatation linken Ventrikels. Mäßige Conorasklerose. Chronische Cholelithiasis mit chronisch entzündlicher Schrumpfung der Gallenblase und narbungen.

Wichtig ist zu wissen, daß bei einer Reihe von metastasierenden ostataabszessen, über die in der Literatur berichtet worden ist, Versuch unternommen wurde, durch Druck bzw. durch Massage Prostata vom Rektum aus den Abszeß zum Durchbruch zu bringen. f die sehr häufige Beteiligung des periprostatischen Venenplexus r bereits hingewiesen worden. Heilungen sind bei der nach Prostataszeß aufgetretenen Septicopyämie nie beobachtet worden. Meist finden h multiple Herde in fast allen inneren Organen. Selten scheint akuten Prostataabszessen die Beteiligung der Gelenke zu sein. ch ist im Schrifttum nur von 2 Fällen berichtet worden, wo es bei uten Entzündungen der Prostata zu Entzündungen von Hoden und benhoden kam. Dagegen konnten bei den verhältnismäßig wenigen llen der Chirurgischen Universitätsklinik Halle gleich 2 Abszesse mit

Nebenhodenentzündung beobachtet werden. Im ersten Falle beherrs sogar die Komplikation das Krankheitsbild.

Fall 7.

Patient K. A., 40 J. Aufnahmetag 25. 8. 1928.

Vorgeschichte: Früher nie ernstlich krank gewesen. Jetzige schwerden: Am 24. 8. 28 bekam Patient beim Heben einer sch ren Kiste starke Schmerzen im linken Skrotalteil. Die linke Skro seite schwoll sofort an. Vorher hatte Patient nie ähnliche Schmer gehabt. Geschlechtskrankheiten wurden negiert. Der Kranke suc einen Arzt auf, der einen Leistenbruch diagnostizierte und ihn Klinik überwies. Hier wurde eine Hodenentzündung festgestellt.

Befund: Mittelgroßer kräftiger Mann, gesunde Hautfarbe. Inn Organe o. B. Kein Ausfluß aus der Harnröhre. Urin: Eiweiß u Zucker negativ. Sediment o. B. Genitale: Linke Skrotalhälfte verdic Man fühlt einen kleinfingerstarken Strang vom Leistenring nach d Hoden ziehend. Dieser ist nicht verdickt, aber der Nebenhoden de lich schmerzhaft. Beim Husten kein Andrängen festzustellen. R taler Befund: Prostata und Samenblasen stark schmerzhaft. Druck entleert sich eine gelbliche eitrige Masse aus der Harnröh Temperatur 38°, Puls 75. Diagnose: Epididymitis. Deferentitis. P stataabszeß. Patient wird mit Bettruhe, Suspensorium und Ichthy salbenverbänden auf den linken Hoden behandelt. Im Abstrichpräpa konnten mit Sicherheit keine Gonokokken festgestellt werden. Helmi und Bärentraubenblättertee. Am 27. 8. Temperatur auf 37° abgefall und besseres Befinden des Kranken, abends jedoch noch Zacken auf 37,5°. Am 1. 9.: Patient darf aufstehen, ist beschwerdefrei. besteht jedoch noch eine Schwellung des Nebenhodens. Am 3. 9. er soweit hergestellt, daß er in ärztliche Weiterbehandlung entlass werden kann.

Fall 8.

Patient W. A., kaufmännischer Angestellter, 39 J. Aufnahmet 21. 9. 1931:

In diesem Falle trat eine Nebenhodenentzündung selbst no nach Spaltung eines Prostataabszesses auf.

Vorgeschichte: Als Kind Masern, mit 12 Jahren Gelenkrheum tismus, im 15. Lebensjahr an doppelseitigem Leistenbruch operie Im Laufe der Jahre haben sich neue Bruchstellen gebildet. Patie hat aber keine Beschwerden. 1916 sei er geschlechtskrank gewesen. A geblich sei die Untersuchung auf Gonokokken immer negativ gewese In der Nachkriegszeit Lues, die mit 2 Kuren behandelt wurde. A 8. 3. 31 Aufnahme in die hiesige Hautklinik wegen Strikturen. Spa tung des Orificium urethrae ext. Am 18. 9. wurde er aus der Hau klinik entlassen. Am 21. 9. mußte er jedoch bei uns aufgenomm werden. Patient hat hohe Temperaturen und starke Schmerzen a Damm.

Allgemeinbefund: Schwacher Mensch in schlechtem Ernährungs- Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute sehr schlecht blutet. Herz und Lunge regelrecht. Rektaler Befund: Stark ver- rte Prostata, die sehr schmerzempfindlich ist. Urin o. B.

Verlauf: Am 22. 9. 31: Inzision vom Damm aus. Der Prostata- ß enthält 10 ccm dicken Eiter. Drain. Am Abend muß Patient eterisiert werden. Wegen der Strikturen ist die Katheterisie- selbst mit Nr. 12 schwierig. 2. 10.: Fieberanstieg. Es ist eine ts: eitige Epididymitis aufgetreten. Operationswunde in Ordnung. 17. 10. langsamer Temperaturabfall. Der Kranke klagt aber seit agen über Schmerzen im rechten Oberschenkel und in den nken. Die Schmerzen bessern sich auf Atophan. 20. 10.: Tempe- r wieder ansteigend. Zunehmender Schmerz im Hoden. Heute In- on des entzündlichen Hodentumors mit Gegeninzision im Chlor- thrausch. Es entleert sich reichlich dickrahmiger Eiter. 25. 10.: in entfernt. Patient fühlt sich wohl. Am 8. 11. ist eine wesentliche serung eingetreten. Der Kranke erhält noch täglich feuchtwarme schläge. 24. 11.: Guter Allgemeinzustand. Er kann in ambulante andlung entlassen werden. Im Februar 1939 hatte ich Gelegenheit, Patienten nachzuuntersuchen. Patient ist seit seiner damaligen lassung immer beschwerdefrei geblieben. Objektiv konnte eben- s kein krankhafter Befund erhoben werden.

Wie schon unter dem Kapitel der verschiedenen Durchbruchs- glichkeiten der Prostataabszesse erwähnt worden war, sind die lungsaussichten, besonders wenn der Durchbruch in die Harn- re erfolgte und genügender Eiterabfluß stattfand, ganz günstig. Abszeßhöhle reinigt sich und füllt sich dann mit Granulations- ebe aus. Den Abschluß des Prozesses bildet eine binde- ebige Narbe, die zur Schrumpfung neigt und bei der rektalen pation als Vertiefung an der Drüsenoberfläche wahrgenommen wer- kann. Es ist der günstigste Ausgang, den ein Abszeß der Vor- herdrüse nehmen kann. Die idealste Ausheilung eines Abszesses Rückbildung durch Resorption ohne jeglichen Durchbruch — nur in sehr wenigen Fällen beobachtet worden. Alle Abszesse, denen der Eiterabfluß behindert ist, sei es, daß die Abszeßöffnung ht groß genug ist oder der Durchbruch nach einer ungünstigen htung erfolgte, heilen ohne chirurgische Hilfe nicht aus. Solche nke leiden häufig jahrelang unter infektiös-toxischen Erscheinungen, später bei der Besprechung der chronischen Prostatitis angeführt den. Daneben drohen jedoch dem Patienten noch eine Reihe Störungen, die auf anatomischen Veränderungen als Folge eines geheilten oder chronischen Abszesses beruhen. Auf zweierlei Art Weise kann eine Impotentia generandi entstehen: Narbenzug und rumpfungsprozesse können das Lumen der die Prostata durch- henden Ductus ejaculatorii vollkommen verlegen, sodaß das Sperma ht durch die Harnröhre nach außen gelangen kann. Wenn das

gesamte Prostatagewebe eingeschmolzen ist, soll es auch zur Ste
tät ohne Aspermismus kommen können. Nach Fürbringer ist
Prostatasekret für das Leben und die Befruchtungsfähigkeit der S
matozoen unerläßlich. Meist scheint aber noch nach Prostataabsze
genügend Drüsengewebe vorhanden zu sein, um ausreichendes Se
absondern zu können. Casper hat jedenfalls eine große Zahl
Patienten gesehen, die trotz schwerer Prostataeiterung nach Abklir
der Erscheinungen nicht steril waren. Als Spätfolge eitriger I
schmelzung des gesamten Drüsengewebes wird nicht selten H
träufeln beobachtet. Die Patienten sind nicht in der Lage, trotz gr
Anstrengung, unter Kontraktion der Dammuskulatur den Urin
einige Minuten zu halten. Dieser Inkontinenz liegen nicht unerh
liche anatomische Veränderungen zu Grunde. Durch das Zugrun
gehen der gesamten Prostata ist ein großer, von der fibrösen Ka
ausgekleideter Hohlraum entstanden. Auch die am Blasenversch
beteiligten Muskelfasern des Sphinkter int. werden mit zerstört.
selbe Miktionsstörung kann jedoch auch eine durch den entzündlic
Prozeß hervorgerufene narbige Verziehung des Blasenostiums bewirk
Dabei kann der Schließmuskel völlig intakt sein. Durch die
ziehung wird kein wasserdichter Abschluß der Blase mehr erz
Eine spontane Ausheilung des Zustandes ist unmöglich, da von
fibrösen Prostatakapsel aus keine Regeneration erfolgt. Es sei erwäh
daß sich die Prostatanische nach einer Prostatektomie sehr bald wie
mit Gewebe ausfüllt. Bei dem nach Entfernung des Adenoms
standenen Hohlraum wird die Wand durch die nur stark komprimi
Prostata dargestellt. Die äußerlich ähnlich aussehenden Zustandsbil
sind also in Wirklichkeit etwas sehr verschiedenes. Da sich nach
Prostatektomie wieder ein annähernd normales Bild entwickelt,
allem aber der Blasenschließmuskel geschont worden ist, stellt
in der Regel wieder völlige Kontinenz ein.

Obgleich schwere morphologische Veränderungen das Kra
heitsbild charakterisieren, ist die exakte Diagnose meist nur mit H
der Cystoskopie oder durch die Cystographie zu stellen. Auch
dem Patienten W. L. konnte erst mit Hilfe dieser Untersuchun
methoden eine alte Abszeßhöhle entdeckt werden.

Fall 9.

Patient W. L., 36 Jahre alt, Aufnahmetag 3. 1. 34.

Vorgeschichte: Als Kind sämtliche Kinderkrankheiten und
lenkrheumatismus durchgemacht. 1917 Tripper, der angeblich aus
heilt worden sei. 1920 Operation wegen einer eingeklemmten Leist
hernie. 1924 erneute Tripperinfektion. Nach stationärer Behandl
Heilung. 1930 Appendektomie, im gleichen Jahre Nierenbecken-
Blasenentzündung. Im Januar 1932 wegen Prostatitis in Behandlu
Damalige Beschwerden: Kreuzschmerzen, Schleimabsonderung aus
Harnröhre. Die Behandlung erfolgte damals in der hiesigen Ha
klinik. Nach Fieberbehandlung konnte er stark gebessert entlas

erden. Im August 1933 mußte ein Prostataabszeß eröffnet wer-
n. Ende Dezember wurde er wegen erneuter Beschwerden von seiten
r Prostata abermals in die Hautklinik aufgenommen. Prostata und
ase waren damals stark druckempfindlich. Sekret war wegen der
rken Druckschmerzhaftigkeit nicht zu erhalten. Da am 2.1.34
ch einer Diathermiebestrahlung ganz plötzlich Blutungen beim Uri-
en auftraten, die besonders am Ende der Mikton sehr stark waren,
rd der Kranke am 3.1. der Chirurgischen Klinik überwiesen, nach-
m sich die Blutung noch einmal wiederholt hatte. Patient hat sonst
ine wesentlichen Beschwerden, auch nicht beim Wasserlassen. Puls
nd Temperaturlage normal. Rektale Untersuchung: Prostata nicht
rgrößert. Man fühlt mit der Fingerkuppe, eben noch erreichbar,
n rechten Lappen eine etwas unregelmäßige Eindellung, die sehr
hmerzhaft ist. Inhalt läßt sich nicht exprimieren. Urin: Reaktion
uer, Eiweiß schwach positiv, Zucker negativ, im Sediment sehr viel
rythrozyten und ausgelaugte rote Blutkörperchen, mäßig viel Leu-
ozyten und Salze, ganz vereinzelt granulierte Zylinder. An Herz und
unge konnte kein krankhafter Befund erhoben werden.

Cystoskopie: Urin klar. Einführung des Cystoskops ohne Schwie-
igkeiten. Am Blasenboden auf der linken Seite vor dem Ostium
ntzündliche Veränderungen. Man sieht zunächst in der Nachbarschaft
es Ostiums eine leicht gerötete schlitzförmige Öffnung, weiter nach
orn 2 lippenähnliche Falten, die sich allmählich dicht hinter dem
phinkter in die normale Blase verlieren. Zwischen diesen beiden Lip-
en hindurch erscheint in der Tiefe normale Blasenschleimhaut. Sonst
n der Blase keine Veränderungen erkennbar.

Cystographie: Man sieht, von der gefüllten Blase ausgehend,
inen zapfenförmigen Fortsatz in der Gegend der Prostata, offenbar
Reste der alten Abszeßhöhle.

Diagnose: Alter Prostataabszeß. Therapie: Nach Instillation von
Argentum nitr. und innerlichen Helmitolgaben hatte Patient bald keine
nennenswerten Beschwerden mehr. Die rektale Untersuchung ergibt
noch eine leichte Druckempfindlichkeit der Samenblasengegend. Pro-
tatasekret läßt sich nicht mehr exprimieren. Eine Behandlung chirur-
gischer Art kommt nicht in Frage. Am 17.1.34 wird Patient deshalb
n die Hautklinik zur Weiterbehandlung zurückverlegt.

Auch im Falle Nr. 23, der später angeführt wird, konnte erst mit
Hilfe der Cystographie eine große Abszeßhöhle in der Vorsteherdrüsen-
gegend entdeckt werden.

Der cystoskopische Befund zeigt bei ehemals in die Harn-
röhre durchgebrochenen Abszessen eine im Bereiche der hinteren
Harnröhre nach dorsal gelegene Höhle, deren Wand in den meisten
Fällen stark entzündlich verändert ist. Zwischen dem Blasencavum
und der Divertikelbildung wird der Sphinkterring als stark vor-
springende Leiste wahrgenommen. Häufig erschwert er die Einführung
des Cystoskops in die Blase erheblich. Besonders schön läßt sich die
Prostatanische durch die Cystographie nachweisen. Sie ist die Methode

der Wahl, um die wirkliche Größe und Ausdehnung solcher Höhl zu bestimmen. Die Cysto- bzw. Urethroskopie läßt den Untersuch gerade in diesem Punkte häufig im Ungewissen. Auf dem Röntgen bilde wird der größere Blasenschatten über der Symphyse, unterha dieses Schattens ein zweiter kleinerer Schatten dargestellt, der nac Größe und Form der entzündlich eingeschmolzenen Prostata en spricht. Zwischen den Schatten befindet sich eine tiefe Einschnü rung, die durch die noch vorhandene Sphinkterleiste zustande komm Technisch ist die röntgenologische Darstellung solcher chronische Prostataabszesse nicht immer einfach. Dies hängt damit zusammen, da Kontrastmittel, die in die Urethra posterior eingespritzt worden sin nicht in ihr verbleiben können. Der Sphinkter int. bietet dem zentri pedal gerichteten Injektionsstrahl kein Hindernis und läßt das Kon trastmittel in die Harnblase eindringen. Dazu kommt, daß der Eigen tonus der hinteren Harnröhre die nach Beendigung der Injektion i ihr verbliebene Flüssigkeit ebenfalls noch in Richtung der Blase aus preßt. Dies hat zur Folge, daß nur in ganz wenigen Fällen eine Dar stellung der hinteren Harnröhre auf den Aufnahmen gelingt. Bessere Resultate werden evtl. erzielt, wenn die Kontrastaufnahmen währen der Injektion oder Miktion angefertigt werden. Die vollständige Dar stellung von großen Pseudodivertikeln wird jedoch kaum gelinge Jedenfalls sind die Ergebnisse einer solchen Röntgendarstellung gege die durch gleichzeitig vorgenommene Urethroskopie festgestellten Ver änderungen oft unbefriedigend. Praetorius ist es vor allem ge wesen, der sich um die Röntgenuntersuchung der chronischen Pro stataabszesse verdient gemacht hat. Die Methoden, die er darüber ver öffentlicht hat, seien hier kurz erwähnt. Schon durch eine verhältnis mäßig einfache Maßnahme gelang es ihm, brauchbare Kontrastdar stellungen zu erzielen. Während der Kranke auf dem Röntgentisch lagert, komprimiert ein Assistent die Abszeßhöhle vom Rektum aus. Im Augenblick der Injektion der Kontrastlösung wird der Finger schnell zurückgezogen. Durch die sich wieder ausdehnenden Abszeßwandun gen wird auf die Kontrastflüssigkeit eine Saugwirkung ausgeübt, und unter günstigen Bedingungen füllt sich die Höhle. Ist aber z. B. die Höhle noch mit reichlichem Sekret gefüllt oder die Kommunikation zwischen Höhle und Urethra ungünstig angelegt, so kommt es auch bei dieser Methode entweder zu keiner oder nur sehr mangelhaften Füllung, die keine diagnostischen Schlüsse zuläßt. Weit bessere Kon trastbilder erzielte Praetorius mit einer von ihm erfundenen Ein richtung. Er steht auf dem Standpunkt, daß nur eine gute Füllung der Pars prostatica erreicht wird, wenn es gelingt, die Harnröhre von der Blasenseite abzuschließen. Praetorius benutzt zu diesem Zwecke 2 dünne Nierenkatheter, die aneinander gebunden sind. Der eine von ihnen trägt an dem ca. 5 cm langen Endstück einen Gummiballon, der bis 60 ccm Flüssigkeit fassen kann. Das Auge des 2. Katheters liegt an der Stelle des ersten, wo die Gummihülle beginnt. Durch einen Urethroskopschaft wird nun der Ballonkatheter in die Blase eingeführt.

; wird nun der Ballon gefüllt und unter leichtem Zurückziehen des struments ein Blasenverschluß erreicht. Durch den 2. Katheter, ssen Auge sich ja nun in der Pars prostatica befindet, injiziert man rauf ungefähr 15 ccm der Kontrastflüssigkeit. Da der Abfluß nach r einen Seite durch den Sphinkter ext., auf der anderen durch den ı lon unmöglich ist, muß es zu einer Darstellung der hinteren arnröhre und der evtl. vorhandenen Pseudodivertikel kommen. In r Tat sind die Aufnahmen, die Praetorius auf diese Weise erstellte, hervorragend gelungen, wie die Abbildungen in der Zeitschrift r Urologie (B. 26, 1932, S. 689–698) beweisen.

d) Die Klinik der chronischen Prostatitis.

Alle Formen der akuten Prostatitis, die scheinbar ausgeheilt nd, können allmählich in eine chronische Prostatitis übergehen. elegentlich ist auch der akute Beginn einer Prostataentzündung so ild und uncharakteristisch oder durch Erscheinungen von seiten er Blase und der hinteren Harnröhre verdeckt, daß man geneigt ist, ı solchen Fällen von vornherein eine primär chronische Form anunehmen. Besonders bei Strikturen, Blasensteinen, Prostatasteinen, hronischer Cystitis und chronischer gonorrhoischer Urethritis scheint ch das Prostataleiden, da die Schädlichkeiten langsam, dafür aber ber lange Zeit hin einwirken, ganz allmählich zu entwickeln. Nur ährend der ab und zu auftretenden Harnstauungen haben die meist icht sehr virulenten Erreger Gelegenheit, in die Drüse einzudringen nd dort ihr Zerstörungswerk zu beginnen. Im übrigen neigen am äufigsten jene akuten Prostatitiden zur Chronicität, die urethral ntstanden sind, also bei denen eine Affektion der Blase oder der Iarnröhre vorliegt. In 80 % der Fälle handelt es sich um die Gonorrboen. Die haematogenen und lymphogenen Prostatitiden verursachen iel seltener eine chronische Entzündung. Klinisch ist häufig eine charfe Trennung zwischen akuter und chronischer Prostatitis nicht nöglich, da symptomatologisch und auch anatomisch unzählige Übergänge bestehen. Im allgemeinen verlaufen die Symptome viel milder ls bei den akuten Formen. Dafür sind sie jedoch viel mannigfaltiger. Es seien an dieser Stelle zunächst einige Fälle mit typischen Anamesen für eine chronische Prostatitis aus der Chirurgischen Universitätsklinik Halle angeführt:

Fall 10.

Patient H. B., Buchbinder, 36 Jahre. Aufnahme 27. 1. 36.

Vorgeschichte: 1917 beginnende Tuberkulose der Lunge. 1922 Lungenentzündung. 1925 bis 1932 Herz- und Lungenbeobachtung und Behandlung (Nauheim). 1929 Mandeloperation. Jetzige Beschwerden: Seit November 1934 häufiger Urindrang. Druckschmerz in den Flanken, Brennen beim Wasserlassen. Im Sommer 1935 trat nach mehrmaligen Blasenspülungen Besserung ein. Im Winter 1935 wieder hef-

tige Beschwerden, Brennen in der Harnröhre beim Wasserlassen, häufiger Harndrang. Der Urin war sehr trübe, außerdem litt er an dauernden heftigen Rückenschmerzen.

Befund: Innere Organe regelrecht. Normale Puls- und Temperaturlage. Urin: Reaktion alkalisch, Spur Eiweiß im Sediment reichlich Leukozyten, wenige Epithelien, Phosphate und einzelne Erythrozyten.

Cystoskopie: Blasenschleimhaut mit guter Gefäßzeichnung. Schleimhaut der hinteren Harnröhre samtartig, verdickt und von rosaroter Farbe. Colliculus seminalis stark oedematös vergrößert.

Rektalbefund: Linker Prostatalappen etwas vergrößert. Im Expressionsprimat Gonokokken negativ, vermehrte Leukozyten. Harnröhrenabstrich: keine Gonokokken.

Behandlung: tägliche Kurzwellenbestrahlungen, heiße Sitzbäder, wöchentlich einmal Prostatamassage. Gegen den geringen Fluor: große Kal. permangan.-Spülungen (2 bis 3 mal wöchentlich).

Fall 11.

Patient H. G., Korbmacher, 35 Jahre alt. Aufnahmetag 30. 7. 1935.

Vorgeschichte: 1929 Ulcus ventriculi, das ausgeheilt wurde. Zur jetzigen Erkrankung: 1930 wurde Patient wegen stechender Schmerzen im Kreuz und in den Knieen in das Finsterwalder Krankenhaus eingeliefert. Es wurde eine Prostatitis festgestellt. Er wurde damals als gebessert entlassen. 1931/33 hatten sich die Kreuzschmerzen wieder eingestellt. Patient wird in die Chirurgische Universitätsklinik Halle eingewiesen, weil seine Beschwerden sich verschlimmert haben und er an der Arbeit behindert wird. Nebenbei haben sich bei ihm Angstgefühle gegenüber Fremden eingestellt. Sie machen ihm das Sprechen fast unmöglich. Das Wasserlassen habe ihm nie Beschwerden bereitet. Auch während des Stuhlgangs verspüre er keine Schmerzen.

Befund: An den inneren Organen ist kein krankhafter Befund zu erheben. Zentralnervensystem regelrecht. Normale Puls- und Temperaturlage. Wirbelsäule druckempfindlich, besonders in der Steißbeingegend. Prostata nicht vergrößert, aber deutlich druckempfindlich. Urin: Reaktion sauer, Eiweiß und Zucker negativ, Sediment o. B.

Cystoskopie: Blasenurin leicht getrübt. Blase faßt 150 ccm. Leichte Rötung im Trigonum. Beide Ostien o. B. Blauprobe: rechts nach 1 Minuten, links nach 3½ Minuten. Röntgenaufnahme des Beckens: Beckenknochen o. B. Kleine Phlebolithen. Diagnose: Prostatitis, Cystitis.

Patient wurde 3 Tage hintereinander mit Kurzwellenbestrahlungen behandelt, die ihm sehr gut taten. Da der Zustand keine stationäre Behandlung erfordert, wurde er als gebessert in ärztliche Behandlung entlassen.

Es wird im allgemeinen bei der chronischen Prostatitis mehr ber Druck- als über Schmerzgefühl am Damm und im Mastdarm ge-gt, welches sich evtl. nach längerem Sitzen, Radfahren usw. ver-ärken kann. In anderen Fällen pflegen überhaupt nur Schmerzen, ile, Schwere am Damm oder auch Kitzelgefühl während der Harn-ntleerung, Defäkation oder beim Coitus aufzutreten. Miktionsstörungen nd in jeder Form beobachtet worden: vermehrter Harndrang, kurze nfälle von Harnverhaltung, herabgesetzte Kraft des Urinstrahls und arnträufeln nach der Miktion. Geringe Mengen von Restharn sind ei chronischen Prostatitiden nicht sehr selten. Vermutlich handelt s sich dabei um Kontraktionszustände des Blasensphinkters, die von er entzündlichen Prostata ausgelöst werden. Dadurch wird ein voll-ständiger Abfluß des Harns nicht immer ermöglicht. Bleiben größere engen von Restharn in der Blase zurück, so bezeichnet man den ustand als Prostatitis cystoparetica. Eine Erklärung für das Nach-räufeln gibt häufig das cystoskopische Bild. Daß bei chronischen bszessen durch narbige Verziehung des Blasenschließmuskels nicht mmer ein vollständiger Abschluß erzielt wird, war oben schon er-wähnt worden. Auch bei der diffusen chronischen Prostatitis kann s durch wucherndes Granulationsgewebe zu einer Unebenheit des phinkterringes kommen, indem die Sphinkterschleimhaut vorgestülpt wird. In schweren Fällen kann er wie ausgefranst oder mit Buckeln esetzt erscheinen. Der rektale Palpationsbefund bei der chronischen rostatitis richtet sich ganz nach den anatomischen Veränderungen in er Vorsteherdrüse. Diese sind nun, wie schon bei der pathologischen natomie erwähnt worden war, sehr mannigfaltig. Bei einem flächen-haften Katarrh der Ausführungsgänge wird die Prostata normale Größe nd Konsistenz besitzen. Auch wird während der Untersuchung der ranke kaum einen Schmerz empfinden. Bei heftigeren Entzündungen st die Prostata meist vergrößert und druckschmerzhaft. Sie ist nur ehr selten gleichmäßig infiltriert und die Palpation ergibt deshalb meist ine unregelmäßige Drüsenoberfläche. Hervorgewölbte Stellen wech-eln mit glatten und eingezogenen. Die Konsistenz ist an den hervor-gewölbten Teilen teigig weich, an den eingezogenen derb und hart, da sich in ersteren eine kleinzellige Infiltration, in letzteren Schrump-fungsprozesse eines schwieligen Bindegewebes abspielen. Wichtig ist zur Diagnose der chronischen Prostatitis die Untersuchung des Harns. n sehr vielen Fällen gibt der Urin überhaupt nur den Hinweis auf eine Prostataerkrankung. Im allgemeinen pflegt der Harn nie ganz klar zu ein. Bei manchen Kranken ist auch nur eine zeitweise Trübung fest-zustellen, die auf Vorhandensein von Bakterien und Eiter beruht. Blase und Harnröhre werden dauernd von dem aus der Prostata aus-retenden bakterienhaltigen Sekret infiziert. Auch wenn die Harnwege nicht entzündet sind, zeigt der Urin Beimengungen. Es flottieren in ihm fadenförmige Partikelchen und kleine Klümpchen. Dies sind die bekannten Filamente, die aus den Prostatakanälchen stammen und Ausgüsse von ihnen darstellen. Sie bestehen aus Schleim, Epithelien,

Eiterkörperchen und Bakterien. Hauptsächlich in der ersten Harnportion werden sie gefunden, da sie beim Urinieren durch den starken Harnstrom aus der Harnröhre mitgerissen werden. Das Prostatasekret wird gegen Ende der Miktion, wenn sich die Beckenbodenmuskulatur kontrahiert, jedesmal in die Harnröhre entleert und erscheint dann bei der nächstfolgenden Miktion im Urin. Im Harn der chronischen Prostatitiden ist also oft Albumen nachzuweisen, das aber nicht auf einer Erkrankung der Nieren beruht. Es handelt sich hier um keine echte Albuminurie, sondern um eine akzidentelle, die durch Beimengung von Blut, Eiter, Sperma und Prostatasekret auftritt. Es ist ein globulinartiger Eiweißkörper, der durch Zusatz von Essigsäure schon in der Kälte gefällt wird. Obwohl bei einer sehr großen Zahl von chronischen Prostataentzündungen der Urin pathologische Bestandteile zeigt, braucht dies nicht immer der Fall zu sein. Horwitz und Lackum untersuchten 500 Fälle von chronischer Prostatitis, bei denen andere Erkrankungen der Harnwege ausgeschlossen werden konnten. Die mikroskopische Untersuchung der Urine zeigte, daß annähernd 90 % aller Urine normal oder fast normal waren. Bei $\frac{1}{3}$ aller Fälle konnte überhaupt kein Eiter gefunden werden. Der Grad der Prostatitis hatte keinen Einfluß auf den Eitergehalt des Urins. Bemerkenswert ist, daß stärkere Pyurie in 80 % durch eine Gonorrhoe hervorgerufen worden war. Zuweilen wird auch eine Trübung des Urins durch eine Phosphaturie bewirkt. Sie ist kein charakteristisches Symptom für eine chronische Prostatitis, kann aber gelegentlich einmal das einzigste Anzeichen für sie sein. Bei entzündlichen Affektionen der Harnwege ist die Reaktion des Urins in der Regel neutral oder noch häufiger alkalisch. Bei dieser Reaktionslage fällt phosphor- und kohlensaurer Kalk aus, die eine Trübung des Harns bedingen. Unter Umständen fallen soviel Salze aus, daß am Ende der Miktion richtig sandige Massen entleert werden. Unter dem Mikroskop betrachtet, erscheinen sie als amorphe Substanzen, die z. T. Eiterkörperchen, Epithelien usw. inkrustieren. Die wichtigste Untersuchungsmethode ist zweifellos die mikroskopische Untersuchung des Prostatasekretes. Alle Autoren weisen immer und immer wieder darauf hin, daß alle Symptome einer chronischen Prostatitis fehlen können und die Erkrankung nur an den pathologischen Veränderungen des Prostatasekretes erkannt werden kann. Um das reine Prostatasekret zu gewinnen, ist eine gründliche Reinigung der Harnröhre erforderlich. Der Kranke muß zunächst ausharnen. Danach wird ihm mittels eines Katheters die Blase mit sterilem Wasser angefüllt, das er nach einiger Zeit ebenfalls wieder ausharnen muß. Nach diesen Maßnahmen ist die Harnröhre im allgemeinen frei von jeglichem Sekret. Es erfolgt nun die Expression der Prostata vom Rektum aus. Das Prostatasekret erscheint dann gewöhnlich am Orificium ext. und kann zur Untersuchung verwendet werden. Bei parenchymatösen Formen der Prostatitis, bei denen das Sekret meist spärlich ist, gewinnt man es am besten, wenn man nach der Expression die vorher mit Spülflüssigkeit gefüllte Blase ausharnen läßt

nd anschließend zentrifugiert. Das Prostatasekret stellt normaler-eise eine milchig getrübte Flüssigkeit dar. Die Reaktion ist nach den ntersuchungen der meisten Autoren sauer. Wahrscheinlich sind die permatozoen nur in saurer Reaktion lebens- und befruchtungsfähig. athologisches Sekret reagiert alkalisch. In ihm werden kaum be-egliche Spermatozoen gesehen. Den wesentlichen Bestandteil des Se-retes einer gesunden Vorsteherdrüse bilden die Lipoid- oder Lecithin-örperchen, die in der Flüssigkeit suspendiert sind und unter dem likroskop als verschieden große, stark lichtbrechende Kugeln erschei-en. Daneben befinden sich im Sekret noch vereinzelte Epithelzellen, ie aus den Drüsenausführungsgängen stammen, und einige mehr-chichtige Amyloidkörperchen. Bei chronischer Prostatitis läßt sich chon makroskopisch eine Veränderung des Prostatasekretes erkennen. tatt gleichmäßig milchig getrübt zu sein, erscheint es an einzelnen tellen wasserhell, an anderen gelbgefärbt, mit etwas Blut und eitrigen locken oder Fädchen durchsetzt (Fürbringers Kommafädchen). Die ikroskopische Untersuchung, bei der am besten ein ungefärbtes räparat betrachtet wird, ergibt im Gesichtsfelde zahlreiche Eiter-örperchen, die teilweise mit Epithelzellen zusammengebacken sind, nd rote Blutkörperchen. Die Lecithinkörperchen sind in der Regel ollkommen verschwunden. Die Corpora amylacea und Spermatozoen ehlen häufig ebenfalls oder sind nur ganz spärlich vorhanden. Im efärbten Präparat werden in vielen Fällen zahlreiche Eitererreger ge-unden, dafür aber bei der chronischen Prostatitis nur sehr selten onokokken, wenn auch ursprünglich eine gonorrhoische Prostatitis orgelegen hatte.

Wir kommen nun zu einer Gruppe von Symptomen, die zwar icht konstant bei einer chronischen Prostatitis vorhanden sind, da-ür aber gelegentlich das einzige Zeichen einer chronischen Entzün-lung sein können. Bei Patienten mit chronischer Prostatitis er-cheint öfters nach der Harnentleerung oder während des Stuhlgangs eines Prostatasekret am Orificium externum urethrae. Man nennt lies Miktions- bzw. Defäkations-Prostatorrhoe. Durch die Entzün-lungsvorgänge kann es zur Erschlaffung oder Verdickung der Wand ler Prostataausführungsgänge kommen. Sie klaffen dann, und sowie ei der Miktion und Defäkation ein Druck auf die Drüse ausgeübt vird, entleert sich ganz leicht Sekret in die Harnröhre, das nach außen bfließt. Eine weitere Erscheinung bei chronischer Vorsteherdrüsenent-ündung kann die Haemospermie sein. Das Ejaculat ist mehr oder veniger mit Blut durchsetzt. Das Blut kann einmal aus den sub-pithelialen Gefäßschlingen der Drüsenschläuche, das andere Mal aus len gerissenen Gefäßen der stark blutgefüllten Schleimhaut der hinteren Harnröhre stammen. Der Ursprungsort läßt sich an der Farbe der Blutbeimengung erkennen. Das Blut aus den Drüsenschläuchen er-cheint dunkelrostbraun, das aus der hinteren Harnröhre hellrot. Da a dem Sperma Prostatasekret beigemengt wird, ist es klar, daß bei dem

eitrigen Sekret einer Prostatitis auch Eiter im Ejaculat erscheinen kann. Man nennt diese Erscheinung Pyospermie.

Wichtig ist nun zu wissen, daß bei vielen chronischen Prostatitiden die Lokalsymptome durch die mannigfaltigsten Allgemeinsymptome derart verdeckt werden können, daß der Arzt Fehldiagnosen stellt, wenn er nicht auch einmal an eine Erkrankung der Prostata denkt. Eine große Zahl von Patienten hat, z. B. unter schwersten neurasthenischen Erscheinungen zu leiden. Sie fühlen sich schwach, ermüden leicht, klagen über Angstgefühle und zeigen depressive und hypochondrische Stimmungslagen. Bei einer Anzahl von Kranken werden diese neurasthenischen Beschwerden durch Störungen in der Sexualfunktion, wie Ejaculatio praecox, verminderte Erektionsfähigkeit oder völlige Impotenz, vervollständigt. Während bei den Prostatitiden, die von neurasthenischen Erscheinungen mit Störungen auf sexuellem Gebiete begleitet sind, der Arzt doch meist Verdacht auf eine Prostataaffektion schöpft, so soll im Folgenden von Symptomen und Folgen der chronischen Prostatitis die Rede sein, die ihn an viele andere Erkrankungen denken lassen, aber nicht an eine Affektion der Vorsteherdrüse.

Bei den nun zu besprechenden Krankheitsbildern, die eine chronisch entzündete Prostata verursachen kann, sind 2 Gruppen scharf voneinander zu trennen. Bei der einen Gruppe von Symptomen handelt es sich um metastatische Prozesse, die mehr oder weniger weit von der Prostata entfernt liegen können. Bei der anderen Gruppe der prostatischen Fernsymptome beruhen wohl die Beschwerden in erster Linie auf ausstrahlenden Schmerzen, wie wir sie ja von verschiedenen Affektionen im kleinen Becken her kennen. In einer Reihe von Fällen werden aber metastatische Entzündung und der ausstrahlende Schmerz die Beschwerden der Kranken gemeinsam hervorrufen. Zu dieser letzteren Gruppe gehören der Rückenschmerz, Schmerzen im Gebiete des Ischiadicus, in den Oberschenkeln, in der Leisten- und Unterbauchgegend. Lackum und Major teilen 301 Fälle von Kreuzschmerzen mit, bei denen eine Erkrankung der Adnexe verantwortlich gemacht werden konnte. Bemerkenswert ist dabei, daß bei allen Patienten durch Röntgenaufnahmen festgestellt werden konnte, daß keine Veränderungen an der Wirbelsäule und am Becken vorhanden waren. Die Stärke der Rückenschmerzen ist sehr verschieden, desgleichen die Intensität der entzündlichen Vorgänge in der Prostata, die im übrigen mit der Schwere der Rückenschmerzen nicht parallel zu gehen braucht. Ganz latente Entzündungen können starke Beschwerden in der Lenden- oder in anderen Gegenden hervorrufen. Lackum und Major geben ferner einen genauen Überblick über die Lokalisation der Kreuzschmerzen. Sie fanden bei ihrem Materiale prozentual folgende Lokalisationen: in 51 % handelte es sich um Schmerzen in der Sacro-iliaca-Gegend, in 30 % um Lumbalschmerzen, in 9 % um Lumbosacral- und in 1 % um Lumbo-thorakal-Schmerzen. Vischer glaubt,

ß Rückenschmerzen und eine Ischias als Begleiterscheinungen einer ronischen Prostatitis, vorwiegend durch eine Arthritis des Sacro-acal-Gelenkes und der Wirbelsäule zustande kommen. Sicherlich folge die Infektion dieser Gelenke auf dem Wege der Lymphbahnen. ährend bei den bisher erwähnten Folgeerscheinungen der chronischen ostatitis die Entstehung rein theoretisch nicht mit Sicherheit fest-estellen ist, so beruhen die nun noch zu besprechenden Krankheits-lder auf einer Metastasierung, deren Fokus die Prostata ist. Man mmt an, daß besonders starkes Pressen bei hartem Stuhl und die nergische Zusammenziehung der Muskulatur bei der Ejaculation e Ausschwemmung der in der Drüse eingeschlossenen Keime in e Blut- und Lymphbahnen begünstigt. Es ist wenig bekannt, daß enso wie die Tonsillen und Zähne die Vorsteherdrüse manche hart-äckigen Arthritiden, Myalgien, Neuralgien und Periostitiden in der erschiedensten Regionen des Körpers verursachen kann. Im Schrift-um sind zahlreiche Fälle beobachtet worden, in denen bei unklaren elenkschmerzen und rheumatischen Beschwerden weder die Ton-llektomie noch Zahnbehandlungen, sondern einzig und allein die ystematische Behandlung der erkrankten Prostata Heilung brachte. ber auch die Erfahrungen, die in Moor- und Schlammbädern bei ielen Patienten mit neuralgischen Erkrankungen gemacht werden onnten, beweisen den ursächlichen Zusammenhang mit einer Ent-ündung der männlichen Adnexe. Man machte nämlich die Beobach-ung, daß in einer Reihe von Fällen nach Schlammpackungen und Moorbädern Herdreaktionen von seiten der Prostata auftraten, die sich nter Umständen bis zum Auftreten von Harnröhrenausfluß steigerten. uch hier konnte lediglich die lokale Behandlung der Prostata durch Massage und Schlammpackungen alle Beschwerden für immer be-eitigen.

Interessant sind die Versuche von Nickel und Stuhler, die ie Vorsteherdrüsen von Patienten mit Arthritiden untersuchten und Kulturen von den Mikroorganismen anlegten. Durch intravenöse In-ektionen bei Tieren stellten sie fast ausnahmslos eine Affinität der Mikroorganismen zu den Gelenken fest. Vor allem zeigte eine Strep-okokkenart eine große Neigung zu den Gelenken. Im übrigen machten ie Autoren auch die Erfahrung, daß nach Ausheilung der Prostataent-ündung auch die Gelenkbeschwerden verschwanden.

Eine sehr naheliegende Komplikation der chronischen Prostatitis st die Entzündung der Samenblasen, Hoden und Nebenhoden, die auf iner intrakanalikulären Infektion beruht. Bei unserem Material konnte n folgenden Fällen eine Gonitis bzw. eine Vesiculitis bei bestehen-ler Prostatitis beobachtet werden.

Fall 12.

Patient H. W., 60 J., Steuersekretär, Aufnahmetag 20. 3. 1936.

Vorgeschichte: Seit 31. Dezember 1935 in ärztlicher Behandlung wegen Blasenkatarrhs. Er mußte häufig Wasser lassen und klagte über Druck in der Blasengegend. Nach 8—10 Tagen habe sich der Zustand gebessert. Bald danach stellten sich jedoch Beschwerden im After ein: Druck beim Sitzen, der als ziehender Schmerz in der linken Hoden ausstrahlte. Mit diesen Beschwerden wurde der Kranke aufgenommen.

Befund: Patient ist in gutem Ernährungszustand. Geringe Adipositas. Gesunde Hautfarbe, aber etwas zyanotische Wangen. Zunge feucht und ohne Belag. Herz: normale Grenzen, reine Töne. Blutdruck 175/110 mm Hg. Lungen: Bläschenatmen, keine Dämpfung. Abdomen o. B. Genitale: links leicht vergrößerter Nebenhodenkopf mit geringer Druckempfindlichkeit. Rektalbefund: Prostata nicht vergrößert. Linke Samenblase etwas verdickt und druckempfindlich.

Verlauf: 20. 3. bis 23. 3.: täglich Kurzwellenbestrahlungen. Argentum nitr.-Instillationen. Keine Veränderung der Beschwerden. Patient klagt immer über Schmerzen beim Sitzen. Temperaturlage zwischen 37,9 und 38,5°. Am 26. 3. Prostatamassage. 2. 4.: Auf weitere Kurzwellenbestrahlungen unverändertes Befinden. 3. 4.: Da alle bisher eingeschlagenen therapeutischen Maßnahmen keinerlei Erfolg zeigten, schlägt Professor Voelcker die Prostatektomie vor. Urinbefund: Reaktion sauer, Eiweiß und Zucker negativ, massenhaft Bakterien, einzelne Leukozyten und Epithelien. 7. 4.: Operation in Aethernarkose (Professor Voelcker). Die übliche Freilegung in Bauchreitlage. Die Prostata ist deutlich geschwollen, sie wird in der üblichen Weise enucleiert. Weil auch die Samenblasen auffallend dick sind und weil man schon vor der Operation Verdacht hatte, wurden beide herausgenommen. Die exstirpierte Prostata wog 32 g. Auf dem Querschnitt zeigte sie zahlreiche kleine Abszesse. Die Samenblasen waren stark verdickt. Am 8. 4. mußte wegen einer Nachblutung eine Wundrevision vorgenommen werden. 9. 4.: Der Zustand des Kranken verschlechtert sich. Frequenter Puls, jedoch kräftig. Die Blutung steht. 10. 4.: Blasenspülflüssigkeit völlig klar und blutfrei. Gegen Abend verschlechterte sich der Puls und das Allgemeinbefinden; trotz Kreislaufmitteln erfolgte der Exitus letalis.

Sektionsbericht: Zustand nach Prostatektomie und Entfernung der Samenblasen. Saubere große Wundfläche. haemorrhagische Cystitis, kleine Blasenschleimhautblutungen. Geringgradige Pyelonephritis. Hyperämie und Oedem der Lungen mit frischen Aspirationspneumonien der Unterlappen. Starke Dilatation des Herzens, Verfettung des Herzmuskels. Coronaratheromatose ohne Herzmuskelschwielen. Schwere allgemeine Arteriosklerose.

Fall 13.

Patient G. H., Straßenwärter, 54 Jahre. Aufnahmetag 4. 8. 1936.

Vorgeschichte: Hat früher 2 Lungenentzündungen durchgemacht. Doppelseitige Leistenbruchoperation. Seit 2 Jahren Blasenentzündung.

Er lag deswegen über $^1/_2$ Jahr in einem hallischen Krankenhause, wurde jedoch ungeheilt entlassen. Im Mai 1935 Nebenhodenentzündung. Operation. Der Urin war stets trübe. Er hatte Schmerzen in der Blasengegend und Brennen in der Harnröhre. Seit einigen Tagen bemerkte er eine langsam zunehmende schmerzhafte, rötlich aussehende Schwellung seines linken Hodens.

Befund: Mittelgroßer Mann in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. An den inneren Organen ist kein krankhafter Befund zu erheben. Lokalbefund: Schwellung und entzündliche Rötung des linken Hodensackes, Druckschmerzhaftigkeit und Vergrößerung des linken Nebenhodens. 25. 8.: Cystoskopie. Urin leicht trübe. Instrument passiert glatt. Massige diffuse Cystitis. Prostataseitenlappen leicht endovesikal vergrößert. Entzündete hintere Harnröhre. Colliculus seminalis angeschwollen. Umgebung samtartig verdickt und gerötet. Rektalbefund: Druckempfindliche, rechts mehr als links vergrößerte Prostata von weicher Konsistenz. Fragliche Verdickung der Samenblasen. 27. 4.: Urinbefund: Reaktion sauer, Eiweiß Spur, Zucker negativ, im Sediment Erythrozyten.

Operation: Der linke Nebenhoden wird mit dem umgebenden Gewebe entfernt. 1. 8.: Allgemeine Abgeschlagenheit mit Schmerzen in den Gelenken, auch im Hoden, besonders rechts. Innerlich Aspirin. Eisblase. 6. 8.: Normale Temperatur. Gutes Allgemeinbefinden. 17. 8.: Die Wunde entleert noch ein reichlich eitrig-seröses Sekret. 20. 8.: Schüttelfrost. Temperaturanstieg auf 39,5°. Schmerzen im After. Stark druckempfindliche Prostata, fraglicher Abszeß.

Behandlung: Sitzbäder, Suppositorien und Kamillenumschläge auf den Damm. 29. 8.: Schmerzen sind allmählich abgeklungen. Prostata wenig druckschmerzhaft. 2. 9.: Bekommt wegen der Prostatitis von jetzt ab Kurzwellenbestrahlung. Wunde noch nicht vollständig geschlossen. 9. 9.: Wunde geheilt. Patient wird entlassen.

Histologischer Befund des entfernten Nebenhodens: chronisch entzündliche, aber keine spezifische tuberkulösen Veränderungen im Nebenhoden und angrenzenden Gewebe.

Im folgenden werden nun noch einige seltene Komplikationen der Prostatitis erwähnt: Nach Heckenbach sollen nicht selten Erkrankungen der Nieren im Anschluß an chronische Entzündungen der männlichen Adnexe vorkommen. Die chronisch entzündete Vorsteherdrüse bedingt eine Harnstauung in den Ureteren und im Nierenbecken. Jede Harnstauung erhöht jedoch die Disposition zur Infektion. Dabei soll jedoch die intrakanalikuläre Infektion kaum eine Rolle spielen, sondern die Keime gelangen auf den Lymphbahnen zu den Nierenhüllen und können so Nierenkarbunkel hervorrufen. Die Lymphwege der Prostata kommunizieren mit denen der Ureteren und Nierenhüllen. Es sei hier noch einmal hervorgehoben, daß chronische Prostatitiden auch reine Nieren- und Harnleitersymptome hervorrufen können, ohne daß bemerkenswerte Veränderungen an den obe-

ren Harnwegen und den Nieren selber nachzuweisen sind. Grundsätzlich ist eben bei allen Schmerzen in den Nierenlagern auch eine genaue Untersuchung der männlichen Adnexe vorzunehmen, und bei positivem Befunde ist außerdem an eine metastatische Erkrankung der Nieren zu denken.

In der Besprechung der Komplikationen der chronischen Prostatitis sei zum Schluß noch hingewiesen, daß im Schrifttum von verschiedenen Autoren darauf aufmerksam gemacht wird, daß eine Reihe von entzündlichen Augenerkrankungen ihre Ursache in infektiösen Prozessen der Prostata haben können. (Thomasson. Zentmayer. Mit Sicherheit konnte bei Fällen von Ceratitis profunda, Iridozyklitis, akuter Chorioiditis und Iridochorioiditis der Zusammenhang mit einer Prostataaffektion bewiesen werden: Nicht nur das gleichzeitige Bestehen einer chronischen Prostatitis, sondern auch wieder das Abklingen des Augenleidens nach Ausheilung der Genitalaffektion zeigte die Richtigkeit der Annahme.

V. Die Behandlung der Prostatitis.

a) Die Behandlung der akuten Prostatitis.

Das anerkannt beste Heilmittel für die Behandlung einer akuten Entzündung der Vorsteherdrüse ist die Wärme. Nur bei außerordentlich schmerzhaften Fällen wird zunächst von mancher Seite die Application von Kälte empfohlen. Die Wärmeanwendung kann in verschiedener Form stattfinden. Die Erfahrungen der Autoren und die Erfolge in der Chirurgischen Universitäts-Klinik in Halle haben jedoch gezeigt, daß es bei richtiger Anwendung der einzelnen Methoden völlig gleichgültig ist, in welcher Form Wärme verabfolgt wird. Die einfachsten Maßnahmen sind hydrotherapeutischer Art: Mehrmalige heiße Sitzbäder von 10 bis 15 Minuten Dauer bei 40—45° lindern die Schmerzen und bekämpfen die Entzündung. Dieselbe Wirkung erzielen auch heiße Sitzduschen auf die Dammgegend. Dereeque empfiehlt, daß während der ganzen Dauer der Prozedur die Füße des Kranken in einer Fußwanne mit heißem Wasser stehen sollen. Anschließend erfolgt dann noch am besten eine Abseifung der gesamten Körperoberfläche mit einem rauhen Handschuh und eine heiße Abduschung des Körpers. Neben dem günstigen Einfluß auf die Prostatitis haben diese Maßnahmen auch eine beruhigende Wirkung auf den Organismus und fördern den Schlaf. Unterstützt werden kann die Heilkraft von Sitzbädern und Duschen durch fortgesetzte heiße Kataplasmen auf den Damm. Besonders haben Kamillenumschläge, wie sie auch in der Chirurgischen Klinik Halle angewandt wurden, einen guten Einfluß auf die akut entzündete Drüse. Man wird sich überhaupt bei

lieren und evtl. kreislaufgeschädigten Patienten mehr auf die lokalen ls auf die doch ziemlich anstrengenden allgemeinen hydrotherapeuti- nen Maßnahmen beschränken müssen. Stark dekongestionierend auf as entzündete Organ wirken auch Spülungen des Rektums mit heißem der auch kaltem Wasser. Von dermatologischer Seite wird besonders warm die von Arzberger konstruierte doppelläufige Metallbirne empfohlen, die in den Mastdarm eingeführt wird und der Prostata anliegt. Durch sie leitet man mehrere Male täglich längere Zeit Wasser von der gewünschten Temperatur. Wärme kann im übrigen auch durch ähnlich geformte Apparate zugeführt werden, die man elektrisch heizt. Weder bei den Mastdarmspülungen, noch bei der Behandlung mit der Metallbirne sind stärkere Reizungen des Mastdarms beobachtet worden. Die Dekongestionierung der Drüse kann ferner noch durch Ansetzen von einigen Blutegeln am Perineum unterstützt werden. Heiße Bäder, Einläufe usw. konkurrieren mit Diathermie und Kurzwellenbehandlung in der Therapie der akuten Prostatiden. In der Literatur wird von der Diathermie bei den akuten Entzündungen nur Gutes berichtet. Vor allem scheinen sich die leichteren Fälle bzw. subakuten dafür zu eignen. Die Resultate in der hallischen Chirurgischen Klinik sind, wie folgende Fälle beweisen, zufriedenstellend.

Fall 14.

Patient K. L., 55 Jahre. Aufnahmetag 1. 2. 1929.

Vorgeschichte: Bisher nie ernstlich krank gewesen. Jetzige Beschwerden: Seit einigen Wochen hat Pat. Beschwerden beim Wasserlassen. Vermehrter Harndrang. Befund: Innere Organe regelrecht. Puls 80. Temperatur normal. Rektal: Prostata über kastaniengroß, prall, etwas druckschmerzhaft. Bei Druck auf die Vorsteherdrüse entleert sich aus der Harnröhre trüb-seröses Sekret. 2. 2.: Cystoskopie: Blase o. B. Urin beider Nieren klar. Behandlung und Verlauf: Wöchentlich 1 x Prostatamassage, 2 x wöchentlich Diathermie. Zu Beginn eine einmalige Instillation in die hintere Harnröhre. 18. 2.: Die Absonderung aus der Prostata hat nachgelassen, die Schwellung ist zurückgegangen. 28. 2.: Der Kranke ist beschwerdefrei und wird in ambulante ärztliche Behandlung entlassen.

Fall 15.

Patient G. G., Handelsmann, 36 Jahre. Aufnahmetag: 3. 1. 1938.

Vorgeschichte: Als Kind Masern, Lungenentzündung. 1918 Augenoperation wegen Ulcus corneae. 1928 Appendektomie. Ostern 1937 verspürte Patient Brennen beim Wasserlassen. Der Urin sei trübe gewesen und habe rötlich-gelb ausgesehen. Die Schmerzen beim Wasserlassen wurden immer stärker. Nach ärztlicher Behandlung Besserung. Bis zum 1. 1. 38 nie wieder Beschwerden von seiten der Blase gehabt. In der Nacht zum 2. Januar bekam Patient wieder heftige Schmerzen in der Blasengegend. Er konnte kaum Urin lassen.

Der Urin war trübe, eitrig und blutig. Temperaturanstieg. Sistieren des Stuhlgangs. Schlechter Appetit. Befund: An Herz und Lunge kein krankhafter Befund zu erheben. Abdomen: reizlose Operationsnarbe. Rektal: ausgesprochene Druckempfindlichkeit der Prostata, die vergrößert und weich ist. Die Umgebung der Prostata ist ebenfalls infiltriert und schmerzhaft. In den folgenden Tagen schwankt die Temperatur zwischen 37,5 und 38,5°. 4. 1.: Cystoskopie: Instrument passiert glatt. Blasenschleimhaut sonst o. B. Im Bereiche des Trigonum Schleimhaut stark verdickt und entzündlich gerötet. Blauprobe beiderseits nach 5 Minuten positiv. 11. 1.: Patient bekommt Diathermie. 13. 1.: Beschwerden nach 6 Bestrahlungen gut gebessert. Es wird zunächst mit der Diathermie ausgesetzt. Pat. erhält dafür Sitzbäder. Die Temperatur ist zur Norm abgefallen. 17. 1.: Prostata nicht mehr vergrößert, dafür ist aber die Infiltration der Umgebung, besonders rechts, stärker und druckempfindlicher geworden. Patient erhält neben Sitzbädern erneut Diathermie. Am 24. 1. keinerlei Beschwerden mehr. Im Sediment des Urins noch einige Leukozyten. Patient wird in ambulante Behandlung entlassen.

Auf eine jetzt an ihn gerichtete Anfrage teilt der Kranke mit, daß er von seiten der Vorsteherdrüse keine Beschwerden wieder gehabt habe. Allerdings sei durch eine Untersuchung des Staatlichen Gesundheitsamts in Wittenberg eine Harnröhrengonorrhoe festgestellt worden. Er befindet sich zur Zeit Februar 1939 in fachärztlicher Behandlung.

Neben der Wärmeapplikation spielt die medikamentöse Behandlung ebenfalls eine wichtige Rolle. Besonders gut haben sich Belladonna-Papaverin-Zäpfchen bewährt, denen man, um die Resorption der Entzündung zu fördern, Ichthyol zusetzt. Atropin und Papaverin mindern die Erregbarkeit der glatten Muskelfasern und tragen so dazu bei, die sehr lästigen Pollutionen und die häufig zur Nebenhodenentzündung führende Antiperistaltik des Vas deferens zu verhindern. Als ideales Mittel, welches den gesamten Genitalapparat ruhig stellt, empfiehlt Michael bei akuter Prostatitis das Atropin-Kombinationspräparat Praejakulin. Neben Atropin und Papaverin enthält das Präparat Cotarnin, Camph. monobromatum, Lupulin und Epiphysensubstanz. Die Wirkung der Basismittel unterstützt Cotarnin, indem es auf die Blutgefäße kontrahierend wirkt. Camph. monobromatum und Lupulin setzen die Reflexerregbarkeit im Rückenmark herab. Die Epiphysensubstanz soll eine hemmende Wirkung auf die Reifung der Samenzellen haben und somit dazu beitragen, die Pollutionen zu verhindern. Die subjektiven Beschwerden sollen durch Praejakulin ebenfalls erheblich gemindert werden. Um die bestehende oder die drohende Infektion der Harnwege im Verlaufe einer akuten Prostatitis zu bekämpfen, gebe man Harndesinfizientien wie Urotropin, Helmitol, Cylotropin, Amphotropin, Salizylpräparate und Bärentrauben-

ättertee. Der stets drohenden Allgemeininfektion möge mit Pronto- entgegengearbeitet werden.

Genau wie bei der nicht venerisch erkrankten Prostata die Behandlung keinen Dauererfolg hat, wenn nicht der Primärherd behandelt wird, so wird eine akute Prostatitis, die durch eine Gonorrhoe hervorgerufen wurde, auch nur ausheilen können, wenn die Harnröhre behandelt wird. Es ist allgemein die Ansicht verbreitet, daß endourethrale Eingriffe zunächst bei der akuten Prostatitis unterbleiben sollen. Nur bei ganz leichten katarrhalischen Formen kann instilliert werden. Daß man allerdings bei Blasentenesmen und Harnverhaltungen katheterisieren muß, versteht sich von selbst. Mit regelmäßigen Instillationen soll erst nach Abklingen der akut entzündlichen Erscheinungen begonnen werden. Die gebräuchlichsten Lösungen sind das 2 bis 3 %ige Protargol und 0,25 %ige Argentum nitr. Neben den täglich einmal vorgenommenen Instillationen können 2 bis 3 mal wöchentlich noch Spülungen der Blase mit 1 : 2000 Argent. nitr., 1:5000 Hydrarg. oxycyanatum oder mit Kalium permanganicum verabfolgt werden.

Die Anwendung der Prostatamassage bei der akuten Entzündung der Drüse ist sehr umstritten. Einzig und allein herrscht Einigkeit darüber, daß bei einer ganz frischen akuten Entzündung, ganz gleich, welche Form von akuter Prostatitis wir vor uns haben, die Massage ein grober Kunstfehler wäre. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung sehen allerdings viele namhafte Urologen und Dermatologen in der Prostatamassage ein nicht zu entbehrendes Heilmittel. Bei den in der chirurgischen Klinik in Halle mit Massage behandelten Prostatitiden konnten keinerlei nachteilige Folgen beobachtet werden. Es wurde in der Regel wöchentlich einmal massiert. Die Massage sollte nur ganz zart und nur dann ausgeführt werden, wenn durch spontanen Abfluß von eitrigem Prostatasekret die Kommunikation zwischen Prostatadrüsenläppchen und Harnröhre garantiert ist. Die Massage hat den Vorteil, daß neben der Entleerung des Sekretes auch von der im Anschluß gemachten Instillation etwas von der Lösung in die Prostata eindringen kann. Dies konnte auch durch Röntgenaufnahmen nachgewiesen werden. Es ist natürlich nötig, daß der Kranke zwischen Massage und Instillation uriniert, um das eitrige Sekret aus der Harnröhre herauszuspülen. Über die Wirkungsweise, die Technik der Prostatamassage und über den Streit, der um sie entbrannt ist, soll noch eingehend in dem Kapitel „Prostatamassage" gesprochen werden.

Für die Behandlung der akuten Prostatitis mit Vaccinen und Proteinkörpern ist Vorbedingung, daß der Körper des Kranken nicht allzusehr geschwächt ist, um Antikörper bilden zu können. Denn man muß berücksichtigen, daß dem Körper mit den Vaccinen und Proteinen nicht nur der Reiz zur Bildung von Antikörpern, sondern auch eine Reihe von Toxinen einverleibt wird. Bei der richtigen Auswahl der Fälle sollen die Erfolge der Vaccine und Eiweißkörpertherapie, besonders wenn sie mit lokalen Maßnahmen, wie Spülungen, Instillationen

und Massage, kombiniert werden, hervorragend sein. Ein einheitliches Behandlungsschema besteht nicht. Ebenso werden von jedem Autor andere Mittel angegeben. Bei gonorrhoischen Prostatitiden wird vor allem das Arthigon genannt. Autovaccine haben sich auch nicht besser bewährt. Barrio de Medina appliziert es intravenös, von 20 Millionen Keimen schnell ansteigend bis auf 500 Millionen. Bei zu heftiger allgemeiner und lokaler Reaktion wendet er es subcutan an. Arnold gibt folgende Arthigonbehandlung an: Entweder gibt er den Kranken 2 mal täglich an 7 bis 12 aufeinanderfolgenden Tagen Arthigon intravenös, oder er verabreicht Arthigon alle 2 bis 5 Tage bis zu 135 intravenösen Injektionen. Er steht auf dem Standpunkt, daß vor allem die Krankheitsdauer durch die intravenöse Zufuhr von Gonokokken-Vaccinen wesentlich abgekürzt werde. Von manchen Autoren wird behauptet, daß die Behandlung mit unspezifischen Eiweißkörpern wirksamer sei als mit Arthigon und anderen Gonokokken-Vaccinen. Es werden intramusculäre Injektionen von 5 ccm steriler Milch in 2tägigen Intervallen empfohlen. Der Körper reagiert nach den Injektionen meist mit Abgeschlagenheit und Temperaturanstiegen auf 38,5°, die jedoch am folgenden Tage wieder zur Norm absinken. Schon nach 2—3 Injektionen sollen die subjektiven Beschwerden geschwunden sein. Nach 2 bis 3 Wochen sei der Urin klar und frei von Filamenten. Manche Urologen benutzen entfettete Milch und steigern die Dosis damit bis zu 15 ccm.

Zum Schluß sollen der Vollständigkeit halber noch Behandlungsmaßnahmen erwähnt werden, die angewandt wurden, aber keine Verbreitung gefunden haben. Ihre praktische Bedeutung ist wohl auch eine geringe. Sehr gute und schnelle Erfolge mit intravenösen Collargoleinspritzungen will Mouradian gesehen haben. Dies Mittel, intravenös appliziert, ist nicht ungefährlich, da hohe Temperaturen mit epileptiformen Zustandsbildern auftreten können. Von anderer Seite wird Neosalvarsan bei allen akuten Prostataentzündungen empfohlen. Verdier erzielte schnelle Heilung mit dem Acriflavin, daß er per os und lokal in der Harnröhre anwendete. Die beste Wirkung erzielte er, wenn das Mittel nach einer Prostatamassage in die hintere Harnröhre instilliert wurde und so direkt in das Organ eindringen konnte. Owsley Grant behandelt die akute Prostatitis mit Einspritzungen von Merkurochrom direkt in die Drüse hinein. Vom Damm her sticht er unter Leitung des im Mastdarm liegenden Zeigefingers mit einer langen Kanüle in die Drüse und spritzt 10—20 ccm einer 1%igen Merkurochromlösung ein. Während des Herausziehens spritzt er weiter um den Stichkanal zu desinfizieren. Nach der Injektion rät Grant die Drüse noch leicht zu massieren, um das Medikament gut zu verteilen. Die Erfolge seien durchweg gut gewesen. Caskey erzielte sehr gute Resultate, indem er die Prostata mit der Kromayerschen Quarzlampe vom Rektum aus bestrahlte. Die Lampe war mit einem besonders dazu konstruierten Ansatzstück versehen. — In Rußland wird

ei allen Formen der entzündlichen Erkrankungen der Prostata die ektale Applikation von Schlamm empfohlen. Auf diese Behandlung ill später noch eingegangen werden.

b) Die Behandlung der chronischen Prostatitis.

Die Prognose der chronischen Prostatitis ist stets zweifelhaft u stellen. Eine Reihe von Urologen steht überhaupt auf dem Standunkte, daß klinisch zwar eine Ausheilung möglich sei, anatomisch etrachtet jedoch nie. Die leichtesten Formen von chronischer Entündung, die keinerlei Symptome machen, sondern höchstens einmal im Urin einige Harnfilamente, aus Epithelien und wenigen Leukozyten bestehend, aufweisen, sollen überhaupt nicht behandelt werden. Jede lokale Therapie könnte hier mehr schaden als nützen und ruhende, für den Körper völlig unschädliche Herde zum Wiederaufflackern brinen. Es sind lediglich allgemein-therapeutische Maßnahmen zu treffen: Leichte, nicht blähende und gewürzte Speisen, Regelung der Verdauung. Schwache und anämische Patienten behandele man mit Eisen-Arsen- und Lecithinpräparaten. Die Therapie der chronischen Prostatitis muß zunächst darauf eingestellt sein, die Ursache, die die Entzündung hervorruft, zu bekämpfen. Harnröhrenstrikturen, Blasensteine müssen beseitigt werden. Instillationen und Blasenspülungen müssen die Entzündung der Harnröhren- und Blasenschleimhaut zum Abklingen brinen. Wie bei der akuten Prostatitis, so kann auch hier ihre Wirkung wieder durch interne Harndesinfizientien unterstützt werden. Ebenso sind auch die vielen hydrotherapeutischen Maßnahmen, die auch bei der akuten Prostatitis angewandt wurden, indiziert: Sitzbäder, Umschläge, Mastdarmspülungen, Arzbergersche Birne. Sehr zweckmäßig sind Sitzbäder mit wechselnden Temperaturen. Z. B. lasse man die Temperatur des Wassers durch Zugießen von heißem Wasser von ca. 35° auf ungefähr 43° ansteigen. Am darauf folgenden Tage beginne man umgekehrt mit Temperaturen über 40° und kühle dann das Badewasser bis ca. 25° ab (Casper). Von der rektalen Applikation der resorptionsfördernden Medikamente Jodkalium und Ichthyol sind bei der chronischen Prostatitis keine Erfolge gesehen worden. Die chronische Prostatitis ist die Domäne der Diathermie- bzw. Kurzwellenbehandlung. Besonders gut sind die Erfolge bei jenen Prostatitiden, die subjektiv ziemlich viel Beschwerden machen, objektiv aber so gut wie keine Symptome zeigen. Der Harn ist klar, keine intermittierende Pyurie oder Bakteriurie, im Prostataexprimat keine wesentliche Vermehrung der Leukozyten. Im folgenden Falle kam man ebenfalls mit Kurzwellenbestrahlung zum Ziele:

Fall 16.

Patient H. Th., Lehrer, 57 J., Aufnahme 9. 7. 1935.

Vorgeschichte: Hat alle Kinderkrankheiten durchgemacht. Als Kind wegen Otitis media operiert. Mit 20 Jahren Tripper, der sofort

behandelt und angeblich ausgeheilt worden sei. Nach etwa 1 Jahr trat eine Harnröhrenverengerung ein. Er mußte mehrere Jahre lang bougiert werden. Von seiten der Harnröhrenstriktur habe er keine Beschwerden mehr. 1925 wegen Gallenbeschwerden 6 Wochen in der Charité behandelt worden. Im Anschluß daran Nierenkoliken mit Steinabgang. 1927 zum ersten Mal Herzbeschwerden. Es wurde ein hoher Blutdruck festgestellt, und die Pulsfrequenz sank auf ca. 50 Schläge in der Minute. 1931 abermals Tripperinfektion. 1932 wurde er wegen Angina pectoris abermals in der Charité behandelt. Seit 1931 hat Patient Beschwerden von seiten der Vorsteherdrüse. 1932 Prostatitis, 1933 Prostatitis mit hohem Fieber, 1934 abermals Prostatitis. Seit 1931 habe er überhaupt dauernd Beschwerden. Ständige Schmerzen in der Dammgegend, die bis zur Eichel ausstrahlen. Jetzt leidet Patient auch sehr häufig unter bohrenden Schmerzen in der Mitte des Schädeldaches. Zeitweise anginöse Beschwerden.

Befund: Großer kräftiger Mann. Haut und Schleimhäute gut durchblutet. Lungen: voller Klopfschall. Blasenatmen. Grenzen gut verschieblich. Herzgrenzen sind perkutorisch stark nach links verbreitert. Die Aktion ist stark verlangsamt, 35 Schläge in der Minute. Systolisches Geräusch über der Spitze. Leib weich, nicht druckschmerzhaft. Nierenlager nicht druckschmerzhaft. Genitale äußerlich o. B. Temperatur normal. Rektal: Prostata etwas vergrößert, mäßig druckempfindlich, etwas infiltriert. Extremitäten und Zentralnervensystem o. B. Urin: Reaktion sauer, Eiweiß und Zucker negativ. Sediment o. B. Prostataexprimat: einige Leukozyten, Detritus, Epithelien; keine Bakterien. 10. 7. Patient wird wegen seiner Beschwerden von seiten der Prostata täglich mit Kurzwellenbestrahlungen behandelt. Tägliche Urotropingaben. 17. 7. Nach 6 Kurzwellenbestrahlungen haben die Beschwerden nachgelassen. Patient sollte entlassen werden, mußte jedoch wegen eines Kreislaufkollapses in die Medizinische Klinik verlegt werden.

Nicht selten stellt sich in solchen Fällen nach Diathermiebehandlung ein Fluor ein. Im Prostatasekret befinden sich massenhaft Leukozyten, während die Druck- und Spontanschmerzhaftigkeit des Organs zurückgeht. Durch die Erwärmung werden die die Prostataausführungsgänge verstopfenden Sekretpfropfe gelöst und das gestaute und nun auch dünnflüssige Sekret kann die Drüse verlassen. Sicherlich kommt es außerdem zu einer vermehrten Sekretproduktion. Die Diathermiewirkung kann weitgehend durch die Anwendung der Prostatamassage unterstützt werden, denn es hat sich gezeigt, daß sich durch Diathermie- und Kurzwellenanwendung die subjektiven Beschwerden sehr bessern, objektiv aber, auch bei langer Behandlungsdauer, kein Erfolg zu konstatieren ist. Unter allen therapeutischen Maßnahmen bei der chronischen Prostatitis wird der Massage der erste Platz eingeräumt. Bei der richtigen Indikationsstellung halten sie Casper, Wildbolz, Wossidlo und viele andere Urologen für völlig gefahrlos. Es sind nach den Angaben des Schrifttums Tausende von

rostatamassagen mit Erfolg ausgeführt worden, und es besteht kein rund, sie grundsätzlich abzulehnen, wenn von Stutzin und Lutz nige Fälle beobachtet worden sind, bei denen nach Ausführung einer rostatamassage Komplikationen auftraten.

Wie schon oben gesagt wurde, ist die Massage bei ganz akuten tzündungen verboten, ebenso beim Abszeß, wenn er noch nicht die Harnröhre durchgebrochen und das Fieber abgefallen ist. Die auptdomäne ist die chronische Form der Entzündung. Aber auch bei r soll nur massiert werden, wenn eine Sekretretention in der Drüse achzuweisen ist. Bei nur geringsten Reizerscheinungen muß die assage sofort wieder abgesetzt werden. Jede einzelne Massage soll icht länger dauern, als Sekret aus der Harnröhre abfließt. Es ist so art wie möglich zu massieren. Nie darf der Kranke einen wirklichen chmerz dabei empfinden. Offenbar ist es ziemlich gleichgültig, welche tellung bzw. Lagerung der Kranke während der Massage einnimmt. s kann in Seitenlage, Rückenlage oder auch am nach vorn gebeugten ranken massiert werden. Auch kann in der Weise massiert werden, aß sich der Kranke förmlich auf den massierenden Zeigefinger des rztes darauf setzt. Spencer und Le Fur halten die bimanuelle rostatamassage für zweckmäßig. Der stehende oder auf dem Rücken egende Patient wird möglichst mit voller Blase massiert. Diese lethode bürgt den Vorteil in sich, daß die Prostata dem im Rektum egenden Finger entgegengedrückt wird. Die eigentliche Expression rfolgt so, daß der ausstreichende Druck von lateral nach medial usgeübt wird. Wenn beide Prostatalappen mit je 5—8 Streichungen xprimiert worden sind, schließt sich zweckmäßigerweise eine ganz ichte Massage der Samenblasen an, auch wenn kein sicherer krankafter Befund an ihnen zu erheben ist. Danach empfiehlt es sich och einmal 2—3 mal die Prostatalappen zu bestreichen, um auch as Samenblasenexprimat vollends in die Harnröhre zu befördern. urchschnittlich werden wöchentlich 2 bis 3 solcher Massagen durcheführt. (Grimaldi.) Sie sollen im allgemeinen so lange vorgeommen werden, bis die Leukozyten im Prostataexprimat auf 3—5 eukozyten in einem Gesichtsfelde zurückgegangen sind. Die mikroskopische Kontrolle des Sekretes während der Massagebehandlung ist nerläßlich. Unter Umständen muß die Massage über Monate fortesetzt werden. Es ist jedoch zweckmäßig, nach 6wöchiger Behandlung eine längere Pause einzulegen, um dem Entstehen einer Sexualeurasthenie vorzubeugen. Vollständig werden die Leukozyten trotz ionatelanger Massage und medikamentöser Behandlung aus dem Sekret icht verschwinden. Sie sollen aber als völlig unschädlich vernachssigt werden. Auf die Vorteile einer vor der Massage verabfolgten iathermiebestrahlung und einer Instillation nach Abschluß der Massage wurde schon hingewiesen. Sehr zu empfehlen ist es auch, den ranken vor der Sitzung urinieren zu lassen, dann aber die Blase mit ner antiseptisch-adstringierenden Lösung aufzufüllen, die der Kranke ach Beendigung der Prozedur spontan entleert (Grimaldi). Als

schonendste Art der Prostatamassage wird von Wolbarst und Michalsky die Vibrationsmassage angegeben. Mittels eines kleinen Motors werden vibratorische Bewegungen, die ein auf dem Handrücken befestigter Applikator auf den Zeigefinger des Arztes überträgt, hervorgerufen. Die Methode soll sehr wirksam sein und von den Kranken als angenehm empfunden werden.

Die Meinungen über die Wirkungsweise der Prostatamassage sind sehr verschieden. Manche Autoren sind der Ansicht, daß die Wirkung der Massage in einem mechanischen Ausdrücken des in den Drüsenlumina stagnierten Sektretes besteht. Andere nehmen an, daß die Entleerung des Sekretes nicht direkt durch den Druck, sondern indirekt durch eine Kontraktion der glatten Muskulatur geschieht. Der Tonus der durch Überdehnung geschädigten Muskulatur werde durch die Massage wieder gestärkt. Als wichtiger Heilfaktor ist die reaktive Hyperämie anzusehen. Sie bedingt eine beschleunigte Resorption des entzündlichen Exsudates, zumal durch den reichen prostatischen Venenplexus und die Lymphräume die anatomischen Vorbedingungen gegeben sind. Stutzin meint überhaupt, daß der therapeutische Effekt der Prostatamassage nicht in der mechanischen Entleerung des Eiters besteht, vielmehr glaubt er, daß durch die Massage des entzündlich infiltrierten Gewebes Eiweiß-Substanzen in die Blutbahn kommen und hier als Reizkörper wirken. Es handelt sich also um eine Autoproteinkörpertherapie, die allerdings kaum zu dosieren sei. Auf Grund seiner praktischen Erfahrungen und seiner theoretischen Anschauungen ist Stutzin überhaupt Gegner der Prostatamassage. Es widerspreche den Grundsätzen der Chirurgie, ein entzündetes Organ zu drücken und zu quetschen. Vor allem sei man aber mit dem massierenden Finger nicht in der Lage, festzustellen, welcher Art der entzündliche Prozeß sei. Die Palpation lasse uns darüber im Unklaren, ob die Entzündung auf die Drüsenlumina beschränkt ist oder ob auch das interstitielle Gewebe mitbefallen ist, ob ein kleinerer Abszeß oder gar multiple Abszesse vorhanden sind. Auch bei dem nicht vergrößerten und nicht schmerzhaften Organ können interstitielle Prozesse vorhanden sein. Die entzündliche Schwellung eines Organes wäre hauptsächlich durch ein Oedem bedingt. Das straffe Gewebe der Prostata lasse aber kaum die Bildung eines Oedems zu. Somit könne es auch kaum zu Nervenzerrungen kommen und eine dicke interstitielle Entzündung fast schmerzlos verlaufen. Gerade in solchen Fällen könne es aber auch bei der zartest ausgeführten Massage zur Verschleppung von Keimen in die Umgebung der Drüse und in den Kreislauf kommen. Die von ihm angeführten Mißerfolge seien Beweise seiner Annahme. Er hält es auch für unmöglich, daß der massierende Finger den in den Drüsen gestauten Eiter durch die mikroskopisch kleinen und fein verzweigten Ausführungsgänge hindurchpressen kann, noch dazu, wenn es bei länger dauernden chronischen Entzündungen zu Epithelwucherungen in den Ausführungsgängen kommt, die unter Umständen das Lumen verlegen. Immerhin bestehe auch die Möglichkeit, daß die so entstandenen Pseudo-

abszesse sich bei der Massage nicht in Richtung der Verschlußstellen entleeren, sondern bersten und das interstitielle Gewebe infiltrieren. Bei periglandulären Abszessen ist die Wahrscheinlichkeit noch viel geringer, daß sie sich in die Harnröhre entleeren. Ob die durch die Massage hervorgerufenen Muskelkontraktionen für die Heilung förderlich seien, ist ebenfalls zweifelhaft. Die Reizung der glatten Muskulatur könne peristaltische, aber auch antiperistaltisch verlaufende Bewegungen hervorrufen. Vielleicht sind die nach Massage entstandenen Epididymitiden durch solche antiperistaltische Bewegungen der glatten Muskulatur entstanden. Diesen theoretischen Erörterungen Stutzin's sind im Schrifttum eigentlich keine Gegentheorien entgegengesetzt worden. Die Anhänger der Prostatamassage weisen lediglich auf ihre Erfolge hin, die sie mit ihr in Tausenden von Fällen hatten. Zollschan ist der einzigste, der den Ausführungen Stutzin's mit neuen Theorien entgegentritt. Es könne nur sehr schwer zu einer interstitiellen Entzündung der Prostata kommen. Das Drüsenepithel sei sehr widerstandsfähig, und außerdem hätten die Drüsenkammern eine starke bindegewebige Hülle. Vor allem seien die gonorrhoischen Prostatitiden fast stets auf die Drüsenlumina beschränkt, da es sich beim Gonokokkus nicht um einen Gewebs-, sondern um einen Epithelparasiten handele. Wenn es auch zum Durchbruch käme, so würden wir aber auch bei der Prostata das Bild einer mesenchymalen Entzündung vor uns haben, wie bei jedem anderen Organe, z. B. wie bei einer Nebenhodenentzündung. Wenn jedoch derartige Symptome ausbleiben, so kann es sich nur um eine reaktive Entzündung des fibromuskulären Gewebes handeln, die aber abklingt, wenn das krankhafte Sekret aus den Drüsenlumina entfernt würde. Dies könne sehr gut durch den massierenden Finger vom Mastdarm aus geschehen, da ja fast die ganze Drüsenmasse retrourethral liege. Bei wirklichen, also nach Durchbruch entstandenen interstitiellen Entzündungen, die sich durch schmerzhafte Schwellung des Organs und hohes Fieber bemerkbar machen, rät Zollschan ebenfalls von der Expression der Drüse ab. Sonst sei aber die Massage das beste Mittel, das gestaute Sekret aus den Drüsenlumina herauszubefördern. Zum Schluß der Betrachtung über die Prostatamassage sei noch einmal gesagt, daß das Gros der Urologen und Dermatologen Anhänger der Prostatamassage ist und daß selbst Stutzin als ihr Gegner die Worte geprägt hat: „Indes müssen bei unserem ärztlichen Handeln theoretische Erwägungen schweigen, wenn die stets lebendige praktische Erfahrung eindeutig positive Erfolge zeigt."

Genau, wie es bei der akuten Prostatitis versucht worden ist, die Heilung mit Proteinkörpern oder Vaccinen zu beschleunigen, so sind auch, besonders in Frankreich, zahlreiche Versuche gemacht worden, die chronische Prostatitis in solcher Weise zu beeinflussen. Die Beobachtungen, die über die Proteinkörpertherapie, die Auto- und Fremdvaccination bei der chronischen Prostatitis gemacht worden sind, sind jedoch widersprechend und die Erfolge gering. -- Dagegen

berichten verschiedene russische Autoren (Barzanskij, Leshnew, Muradoff) von ausgezeichneten Heilungserfolgen, die nach der rektalen Anwendung von Schlamm beobachtet werden konnten. Die Wirkung des Schlamms beruht auf physikalisch-chemischen Vorgängen. Bei der Berührung des Schlammes mit dem Körper entstehen elektrische Ströme, die das Eindringen der im Schlamm enthaltenen Anionen und Kationen wie Brom, Jod, Kalium, Natrium, Chlor usw. durch die Schleimhaut in den Organismus bedingen. Umgekehrt können aber auch durch diese Ströme giftige Substanzen aus dem Körper in den Schlamm ausgeschieden werden. Dieser Austausch wird stark durch die ungeheure osmotische Druckdifferenz, die zwischen dem Schlamm und dem Gewebe besteht, unterstützt. Die Temperatur des Schlammes spielt eine untergeordnete Rolle, denn es wurden z. T. mit so geringen Schlammengen Erfolge erzielt, daß der thermische Faktor kaum ins Gewicht fallen konnte. Die Hauptwirkung des Schlammes beruht auf dem Eindringen von aktiven Ionen in den Organismus. Wenn allerdings höhere Temperaturen von der Mastdarmschleimhaut vertragen werden, so soll man sie anwenden, da die Zahl der dissoziierten Moleküle parallel der Temperatursteigerung zunimmt. Die Mastdarmschleimhaut verträgt am besten Temperaturen von 38—40° Celsius. Während Barzanskij den Schlamm nur 30—40 Minuten im Rektum läßt, sieht Sienkiewicz das Geheimnis des Erfolgs in einem genügend langen Verweilen des Schlammes im Mastdarm. Durch die physikalisch-chemischen Vorgänge wird die Zirkulation der Lymphe und des Blutes in der entzündeten Prostata gefördert. Dies führt zur Aufsaugung von Eiweißsubstanzen, die im normalen Blute als Fremdkörper wirken; auf diese reagiert der Körper mit einer lokalen und allgemeinen Abwehrreaktion. Es wird also durch die Schlammapplikation dieselbe Wirkung hervorgerufen, wie sie Stutzin von der Prostatamassage annimmt. Berlin konnte an Tieren, die er mit Schlamm behandelte, einen erheblichen Zellzerfall, eine Zunahme der Agglutine, Bakteriolysine und des proteolytischen Fermentes im Blute beobachten. Weitere Versuche zeigten jedoch, daß diese Eigenschaften des Blutes nach der Prozedur sehr rasch wieder schwinden. Großmann glaubt, daß die Wirkung des Schlammes außerdem noch darin bestehe, daß Eiweißstoffe von den Mikroben des Schlammes in den Organismus eindringen und ebenfalls als Reizkörper wirken.

Sienkiewicz beschickt das Rektum in der Regel 20 mal mit 70 g unsterilem Sommerschlamm des Tambukener Sees, der auf 40°, evtl. aber auch auf 50° erwärmt worden ist. Der Schlamm wird durch ein Rohr mittels eines Stempels in das Rektum eingeführt und bleibt 20—24 Stunden im Mastdarm liegen. Er wird dann meist mit der Defäkation entleert. In den ersten Tagen der Behandlung kommt es zunächst zu einer gewissen Exacerbation des Prozesses. Der Urinbefund wird meist zunächst schlechter, aber schon nach 5—6 Tagen schwinden die Schmerzen und eine Besserung des objektiven Befundes tritt ein. Am 15ten Tag wird meist kein krankhafter Befund

mehr zu erheben sein. In Fällen, in denen der Schlamm nicht gut gehalten wird, z. B. wenn eine Kolitis aufgetreten ist, empfiehlt sich eine Herabsetzung der Temperatur des Schlammes und eine Verkleinerung der Ladungsmenge auf 20 g. Auch in solchen Fällen kann, wenn der Schlamm wenigstens für wenige Stunden gehalten wird, ein Erfolg von der Schlammbehandlung erwartet werden. Bei schweren Kolitiden und schweren Haemorrhoiden ist die Schlammbehandlung kontraindiziert.

Grant behandelt auch die chronische Prostatitis mit direkten Merkurochrom-Einspritzungen in die Drüse. In der schon oben beschriebenen Weise injiziert er 3 ccm einer 1 %igen Merkurochromlösung in beide Prostatalappen. Die Kranken sollen fast sofort von ihren Beschwerden befreit sein. Nach 2 Wochen vermindern sich die Leukozyten im Harn oder der Harn soll sogar einen völlig normalen Befund zeigen. Matta injiziert dagegen bei schweren chronischen Prostatitiden 5 ccm Elektrokollargol in das Organ. Er nimmt die Injektion vom Rektum aus vor. Bei den 30 Fällen, bei denen er diese Methode anwandte, sei sie erfolgreich gewesen. Nach der Einspritzung kommt es meist zu einer Anschwellung der Prostata, die gewöhnlich 3 Tage lang anhält. Da unter Umständen dadurch eine Dysurie auftreten kann, empfiehlt er, die Einspritzung der beiden Prostatalappen in 2 Sitzungen vorzunehmen. Wenn eine einmalige Injektion den gewünschten Erfolg nicht erzielt, so kann im allgemeinen nach 10 Tagen ein zweites Mal injiziert werden. Während Grant das Merkurochrom direkt in die Prostata injiziert, rühmt Walther seine intravenöse Anwendung in Abständen von 4 Tagen. Es sollen jedesmal 2 bis 10 ccm einer 1 %igen wässerigen Lösung gespritzt werden. Chocholka berichtet, daß sich in den schweren Fällen von chronischer Prostatitis die Anwendung von Hodenextrakten neben den üblichen Behandlungsmaßnahmen gut bewährt habe. Gerade jene Fälle sprächen gut darauf an, wo deutliche objektive Symptome, wie Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Drüse, bestehen. Bei Kranken, bei denen wegen der Druckempfindlichkeit des Organes keine Massage vertragen wurde, ließen nach Hodenextraktapplikationen die subjektiven Beschwerden nach und die Drüse wurde weicher.

Bei chronischen Prostatitiden, die sich nach Anwendung der gewöhnlichen Behandlungsmethoden nicht bessern und die mit Störungen in der Genitalsphäre, wie Impotenz, Ejaculatio praecox, — dolorosa oder — haemorrhagica, einhergehen, ist eine urethroskopische Untersuchung der hinteren Harnröhre unerläßlich. Nicht selten sind solche Formen der Prostataentzündung von gröberen anatomischen Veränderungen in der hinteren Harnröhre begleitet. Durch den dauernden entzündlichen Reiz kommt es in der Fossula prostatica und am Colliculus seminalis zur Bildung von Granulationen, polypösen Wucherungen und stärkeren oedematösen Schwellungen. Es konnte nun in zahlreichen Fällen beobachtet werden, daß es nach Entfernung dieser Veränderungen zur Ausheilung der Prostatitis kam und die

Störungen in der Sexualfunktion wieder schwanden. Die Behandlung besteht in endoskopischer Elektrokauterisation oder in Ätzungen des Colliculus seminalis mit 15 %iger Lösung von Argentum nitricum.

In den zahlreichen Arbeiten, die über die Therapie der chronischen Prostatitis bestehen, ist die chirurgische Behandlung eigentlich nur von Marion und Thompson berücksichtigt worden. Während bei den mit größeren Abszeßbildungen einhergehenden Prostatitiden die Entleerung des Abszesses auf eine der noch später zu besprechenden Methoden meist zur endgültigen Heilung führt, ist bei den mehr diffusen Entzündungen die Prostatektomie oder zum mindesten eine teilweise Entfernung des Organes erforderlich. Es soll lediglich nur in solchen Fällen operiert werden, bei denen alle konservativen Maßnahmen erfolglos waren und dabei Erscheinungen bestehen, die das allgemeine Befinden des Kranken stark beeinträchtigen.

Die Prostatektomie ist indiziert bei immer wiederkehrenden akuten, mit Fieber einhergehenden Schüben, bei hartnäckigen Gelenkentzündungen, bei Miktionsbeschwerden oder gar kompletten Retentionen. Nicht selten ist bei dem letztgenannten Symptom die Prostatitis mit einem Prostataadenom kombiniert. Wegen der Harnretention entschloß man sich bei dem Patienten W. B. zur Prostatektomie. Daß der Eingriff berechtigt war, bestätigt die histologische Untersuchung.

Fall 17

Patient W. B., Landwirt, 50 J., Aufnahmetag 30. 4. 32.

Vorgeschichte: Keine Gonorrhoe. 1903 Halsdrüsenoperation. 1917 Malaria. Jetzige Beschwerden: Seit 14 Tagen bemerkt Patient starke Schmerzen beim Wasserlassen. Er habe oft urinieren müssen, meist tröpfele es nur. In der Nacht müsse er bis 15 mal heraus. Es wurde so schlimm, daß er den Arzt aufsuchte, der ihn am 30. 4. 32 der Klinik überwies.

Befund: Großer Mann in mäßigem Ernährungszustand. Sichtbare Schleimhäute wenig durchblutet. Innere Organe regelrecht. Rektalbefund: Die Prostata ist vergrößert, sie fühlt sich weich an. Extremitäten und Zentralnervensystem o. B. Urinbefund o. B. Dem Patienten wird ein Dauerkatheter gelegt. Der Urin ist klar. Er hat Restharn. 21. 5. Vasostomie. 9. 6. Ohne Katheter keine Entleerung. 10. 6. Ischiorektale Prostatektomie in Epiduralanästhesie. Die Prostata zeigt Abszesse. Histologisch: 7 g schwere Prostata. Makroskopisch fällt in dem Prostatagewebe eine graugelbe Verfärbung auf, wie sie nach alten Abszessen auftritt. Auch mikroskopisch sind diese chronischen Abszedierungen zu sehen. In den anderen Teilen der Prostata sind die Drüsen adenomartig erweitert. Normaler Heilungsverlauf. Am 13. 7. wird der Katheter entfernt. Am 19. 7. wird der Patient in ambulante ärztliche Behandlung entlassen. Er kann spontan Wasser lassen.

Im Februar 1939 teilte mir B. mit, daß es ihm gut gegangen sei und er keinerlei Harnbeschwerden wieder gehabt habe.

Auch in drei weiteren Fällen, von denen einer hier angeführt sei, ar die Prostatektomie ein voller Erfolg:

a l l 18.

Patient H. H., Privatmann, 67 J., Aufnahme 23. 10. 32.

Vorgeschichte: Früher immer gesund gewesen. Seit 2 Jahren asenbeschwerden, die im letzten Halbjahr heftig zunahmen. Er kam swegen im Sommer in die Klinik zur Untersuchung. Es wurde bei m eine leichte Prostatahypertrophie mit Entzündungserscheinungen nd außerdem eine beginnende Schrumpfblase festgestellt. Patient urde mit dem Rate nach Hause geschickt, sich dauernd zu kathe- risieren und die Blase zu spülen. Patient führt das aus, bekam doch sehr heftige Blasenkrämpfe und -bluten. Er kommt deswegen eute zur Behandlung resp. zur Operation. Die augenblicklichen Be- hwerden sind: häufiger Harndrang, Schmerzen beim Wasserlassen, bgang von trübem, teils blutigem Urin.

Befund: Kleiner, gesund aussehender Mann in gutem Allgemein- ıstand, ohne krankhaften Befund an den inneren Organen. Prostata emlich stark druckempfindlich, nicht übermäßig vergrößert, von eicher Konsistenz. Urin: trübe, Eiweiß positiv, Zucker negativ, ediment: sehr viel Leukozyten, Bakterien und vereinzelt Erythro- yten. Bakteriologische Untersuchung: Kolistäbchen und Staphylo- okken. Behandlung: Zunächst Dauerkatheter. Die Beschwerden chwinden bald. Der Urin wird klar. Es kann zur Radikaloperation eschritten werden. 25. 10. Operation (Professor Voelcker) in All- emeinnarkose. Ischiorektale Prostatektomie, Vasostomie. In Bauch- eitlage wird in der üblichen Weise die Prostatektomie ausgeführt. ein Zwischenfall. Gute Umstechung des Blasenhalses. Die exstir- ierte Prostata wiegt 22 g. Histologische Untersuchung: Prostata- denom, im Stroma stellenweise sehr starke chronisch entzündliche rscheinungen. Weiterer Verlauf: Im Heilungsverlauf treten keine be- onderen Komplikationen auf. Tampon und Drain werden zur entspre- henden Zeit entfernt. Wundheilung o. B. Der Schluß des Fistel- anals geht etwas langsamer als gewöhnlich von statten. 21. 11.: Die Wundheilung ist vollkommen abgeschlossen. Die Blase ist kontinent. Der Urin ist klar. — Patient fühlt sich wohl und ist fieberfrei. 30. 11. ls geheilt nach Hause entlassen.

Am 8. 2. 1939 teilte H. auf Anfrage mit, daß er lediglich noch an inem leichten Blasenkatarrh leide, sonst aber mit dem Operations- rgebnis zufrieden sei.

Marion empfiehlt, bei der Prostatektomie den suprapubischen Weg zu wählen, nur bei Streptokokkeneiterungen schlägt er wegen der esseren Drainageverhältnisse den perinealen Weg vor. Im übrigen be- chränkt sich Marion in geeigneten Fällen nur auf die Entfernung inzelner Prostatateile. Wenn das Organ von mehreren kleinen Abszes- en durchsetzt ist, eröffnet er lediglich breit ihre Wandungen. Sind

Prostatasteine vorhanden, so entfernt er nur die Steine. Während Marion bei allen diesen Eingriffen suprapubisch eingeht, eröffnet Thompson solche Höhlen und Steintaschen transurethral und zwar mit gutem Erfolge. In der Voelckerschen Klinik wurde bei allen derartigen Fällen die totale Entfernung der Prostata vorgenommen. Wie bei der reinen Prostatahypertrophie wurde auch bei der chronischen Prostatitis der ischiorektale Weg nach Professor Voelcker gewählt.

c) Die Behandlung der Prostataabszesse.

Die Rückbildung eines Prostataabszesses ohne Durchbruch ist sehr selten und hat deshalb keine praktische Bedeutung. Von Casper und Belostozky sind immerhin Fälle beobachtet worden, wo es bei konservativer Therapie gelang, den Abszeß zur Resorption zu bringen. Belostozky steht im Gegensatz zu den meisten Urologen überhaupt auf dem Standpunkte, sich beim Prostataabszeß mit der Operation nicht zu beeilen, es sei denn die subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen des Patienten nehmen bedrohliche Formen an. In 62 von 70 Fällen ist er mit seinen konservativen Maßnahmen zum Ziele gekommen. Bei 30 Patienten kam es sogar zur Resorption des Abszesses. Neben allgemein-therapeutischen Maßnahmen, Klysmen usw., glaubt Belostozky, daß hauptsächlich die von ihm angewandten Milchinjektionen zum Erfolge geführt hätten. Nach ihnen seien auffallend schnell Temperaturabfall und Schmerzlinderung eingetreten und der Durchbruch oder die Resorption des Abszesses beschleunigt worden. Auch Swan betrachtet auf Grund seiner Erfahrungen die konservative Therapie der Prostataabszesse als Methode der Wahl. Lediglich bei hohen Fieberen mit Schüttelfrost und Harnretention sei chirurgisches Eingreifen indiziert. In der Tat heilen viele Abszesse nach Spontandurchbruch in die Harnröhre völlig aus; das beweisen vor allem solche Fälle, bei denen der Abszeß wegen ungünstiger Lage nicht diagnostiziert werden konnte und zunächst eine abwartende Haltung eingenommen wurde. Die Differentialdiagnose ist bei negativem Palpationsbefund gegen die Prostatitis parenchymatosa oft so schwierig, daß häufig auch schon aus diesem Grunde bei leidlichem Allgemeinzustand des Kranken, selbst von den Anhängern der operativen Therapie, meist mit der Operation gewartet wird. Außer Belostozky und Swan treten aber alle Chirurgen, die sich eingehend mit der Chirurgie der Prostata befaßt haben, bei diagnostiziertem Prostataabszeß für eine möglichst frühzeitige Eröffnung desselben ein. Mit größter Wahrscheinlichkeit wird sie stets die Allgemeininfektion oder den Durchbruch des Abszesses nach einer ungünstigen Seite verhindern können. Vor allem wird aber auch der breiteröffnete Abszeß dadurch, daß der Eiter gut abfließen kann, bald Heilungstendenz zeigen. Dagegen garantiert die Spontanperforation bei weitem nicht in allen Fällen einen ausreichenden Abfluß des Eiters. Es besteht die Gefahr des Chronischwerdens mit hartnäckigen Fistelbil-

ngen. Die mit der hinteren Harnröhre kommunizierende Abszeßhöhle hrt dann zu den kaum mit konservativen Maßnahmen zu beeinflussen- . chronischen Urethritiden. Casper sieht den Hauptvorteil frühen irurgischen Eingreifens darin, daß man nur so in der Lage sei, e umfangreiche Zerstörung der wertvollen Drüsensubstanz zu ver- ndern. Von den Operationsmethoden ist wohl die Eröffnung der statataabszesse vom Damm aus die verbreitetste Methode. Im Jahre 74 wurde der perineale Weg zum ersten Male von Dittel beschrie- n und einige Jahre später am Lebenden die Operation ausgeführt. or allem Zuckerkandl ist es gewesen, der die Operation weiter sbaute. An Übersichtlichkeit ist ihr die in der hallischen Chirurgi- hen Klinik von Professor Voelcker angegebene ischiorektale Eröff- ng der Prostataabszesse gleichzustellen. Beide Methoden bieten neben m übersichtlichen Operieren die sicherste Gewähr einer genügenden rainage unter Verhütung einer Urethral- oder Mastdarmfistel. Eine nze Reihe von Fällen wurde auf ischiorektalem Wege in der Chirur- schen Universitäts-Klinik Halle mit Erfolg operiert. Es sei hier r ein Fall angeführt, der uns außerdem noch einmal die Schwere s Krankheitsbildes beim Prostataabszeß vor Augen führt.

all 19.

Patient K. S., Tierarzt, 36 Jahre, Aufnahme 3. 10. 25.

Vorgeschichte: Lues und Tripperinfektion. Seit August 1925 wegen onorrhoe in Behandlung. Vor 2 1/2 Wochen bemerkte Patient eine ringe Trübung des Urins. Vor 1 1/2 Wochen Schmerzen am An- ng der Miktion, ferner häufiger Harndrang und Tenesmen. Vom rzt wurde eine Prostatitis festgestellt, die mit Massage, warmen Um- hlägen und Sitzbädern behandelt wurde. Die Schmerzen ließen nicht ich. Es trat völlige Harnverhaltung ein, es mußte täglich bis zwei- al katheterisiert werden. Nach 5tägiger erfolgloser Behandlung Ein- eisung in die Klinik. Augenblickliche Beschwerden: starke Schmer- n, besonders auch nachts, völlige Harnverhaltung. Trüber Urin, trige Sekretion aus der Harnröhre.

Befund: Gesund aussehender Mann. Schleimhäute gut durch- utet. Herz und Lunge regelrecht. Abdomen weich, nicht druck- pfindlich. Zentralnervensystem: Reflexe normal auslösbar. Rektale ntersuchung: Es wird eine vergrößerte, prall-elastische Prostata fest- stellt (Prostataabszeß). Urin: Eiweiß und Zucker negativ, im Sedi- ent wenig Leukozyten, ganz vereinzelt Erythrozyten, reichlich Bakte- en. 3. 10. 25. Operation (Professor Voelcker). Ischiorektaler Schnitt. if der rechten Seite hinter dem Rektum wird die Prostata freige- gt und punktiert. Nach Durchtrennung einer Prostataschicht von t 1 cm wird ein Abszeß gefunden, der mindestens 2 Löffel Eiter ent- lt. Man konnte den Abszeß austasten und fühlt den Katheter nur ch von einer dünnen Schleimhaut bedeckt. Tampon, Drain, Dauer- theter. 4. 10. Gutes Allgemeinbefinden. Die erst hohe Temperatur ist f 37,5° abgefallen. 7. 10. Tampon entfernt, keine Blutung. Im eitri-

gen Sekret Gonokokken und reichlich Kolibazillen. 15. 10. Glatte Wundheilung. Temperatur zur Norm zurückgekehrt. Nur geringe Sekretion. Gutes Allgemeinbefinden. 24. 10. Im Sekret konnten abermals Gonokokken nachgewiesen werden. In den letzten Tagen hat sich eine Schwellung des linken Nebenhoden eingestellt. Temperaturanstieg auf 38,3 mit Schüttelfrost. 26. 10. Temperaturanstieg auf 39.5. Da Verdacht auf Retention von seiten des Prostataabszesses besteht, wird im Rausch eine Revision des alten Schnittes vorgenommen. Eingehen mit den Finger. Es läßt sich kein retenierter Eiter feststellen. Abends Temperatur auf 40,1 angestiegen. Am 30. 10. In den letzten Tagen hatte der Patient immer Temperaturen über 39° mit Remissionen auf 37,5°. Dabei keine Schmerzen. Die Nebenhodenschwellung und -schmerzhaftigkeit ist zurückgegangen. 1. 11. Da die Temperatur septischen Charakter hat, für einen septischen Prozeß auch häufige Schweißausbrüche sprechen, wird Patient mit Pregl'scher Lösung behandelt. 5. 11. Nach mehreren Injektionen Pregl'scher Lösung ist die Temperatur zur Norm zurückgegangen. 12. 11. Durch eine kleine fistelartige Öffnung, die künstlich offengehalten wird, werden Spülungen mit Argentum nitr. ausgeführt. Man kommt mit dem Katheter durch die Fistel bis in die Gegend der Prostata. 13. 11. Im Harnröhrensekret, das ganz minimal ist, sind immer noch Gonokokken nachweisbar. 20. 11. Es war eine Arthigonbehandlung eingeschlagen worden, die jedoch heute wegen des Temperaturanstiegs auf 39,3° mit leichtem Frösteln, abgesetzt wurde. 24. 11. Da seit mehreren Tagen die Argentum nitr. Lösung bei der Spülung nicht wieder aus der Wunde abgeflossen ist, wird eine Aufnahme mit Kontrastfüllung vorgenommen. Die Aufnahme zeigt, daß die ganze Kontrastfüllung von der Wunde aus bis in die Blase geflossen ist. Im weiteren Heilungsverlauf bekam der Kranke am 14. 12. abermals eine Anschwellung des linken Nebenhodens, der stark druckempfindlich ist. 21. 12. Auf Ichthyolverband und intravenöse Cylotropingaben ist die Schmerzhaftigkeit des linken Hodens zurückgegangen. Die Temperatur ist normal. 25. 12. Seit 4 Tagen ist der Kranke temperaturfrei. Er hat keinerlei Beschwerden mehr. Der bis dahin getragene Dauerkatheter wird entfernt. Patient kann in ärztliche Beobachtung entlassen werden.

Die Drainage der Prostataabszesse vom Mastdarm aus ist wohl im großen und ganzen verlassen. Die Gefahr einer Rektourethralfistelbildung und der dauernd vom Rektum unterhaltenen Sekundärinfektion der Prostata ist zu groß. Lediglich, wenn sich der Abszeß sehr stark ins Rektum hervorwölbt oder der Zustand des Kranken den größeren perinealen Eingriff nicht mehr erlaubt, kann der rektale Weg gewählt werden. Der einzigste rektal angegangene Abszeß in der hallischen Chirurgischen Klinik heilte schnell nach dem Eingriff aus.

Fall 20.

Patient O. O., 40 Jahre, Landwirt. Aufnahme 17. 3. 19.

Vorgeschichte: Patient war nie ernstlich krank. Angeblich hatte sich vor 1 1/2 Woche beim Arbeiten im Freien erkältet. Er bekam d einen Schüttelfrost und einen heftigen Schmerz am After, später merzen beim Urinlassen, das nur mühsam und langsam ging. ngs sah der Urin trübe aus. Es wurden dem Patienten Sitzbäder d Bärentraubenblättertee verordnet. Da die Beschwerden aber nur wesentlich zurückgingen, wurde Patient in die Klinik überwiesen.

Befund: Großer kräftiger Mann. Normale Puls- und Temperatur-ge. Innere Organe regelrecht. Rektal.: Die Prostata springt stark s Mastdarmlumen vor. Sie ist erheblich vergrößert, von talgiger nsistenz und zeigt an einer Stelle undeutliche Fluktuation. Katheteismus gelingt mühelos. Cystitischer Urin. Blasenspülung, Mastdarmülung, Abführmittel. 22. 3. Es bestehen Schmerzen im Mastdarm, sonders bei der Stuhlentleerung. Keine Blasenbeschwerden, Urin nz klar. 25. 3. Punktion der Prostata ergibt dicken gelblichen Eiter. zision vom Mastdarm aus. Es entleert sich eine erhebliche Menge elriechenden Eiters. Darmspülungen. 28. 3. Keine Beschwerden mehr. ird als gebessert entlassen.

Am 5. 2. 1939 teilt O. O. mit, daß er bis jetzt nicht die geringsten schwerden wieder von seiten der Prostata verspürt habe. Auch nst ginge es ihm gesundheitlich gut.

Die suprapubische Inzision des Prostataabszesses ist nur von a r i o n angegeben worden. Die urethrale Inzision der Prostataszesse wird nur von ganz wenigen Urologen ausgeführt. Während h é l i p J a l i f i e r die Eröffnung elektrochirurgisch unter Leitung s Urethroskops vornimmt, bedient sich S t e v e n s einer spitzen etallsonde mit schwacher Krümmung, die bis über die obere Proatagrenze eingeführt wird. Unter Drehung der Sonde um 90° nach chts und links wird die Spitze der Sonde in die Prostata gedrückt. t e v e n s hat auf diese Weise eine Reihe von Fällen zur Heilung gebracht. Eine Verbreitung hat diese Methode jedoch wegen der Nachteile, die ihr anhaften, nicht gefunden. Obgleich der Eingriff unter ntrolle eines im Rektum liegenden Zeigefingers ausgeführt werden ll, ist die Gefahr einer Blutung infolge einer gröberen Gewebsverzung nicht unerheblich. Ein weiterer Nachteil dieser Methode ist , daß kaum in jedem Falle der Abszeß getroffen wird, und wenn getroffen wird, eine genügende Drainage geschaffen ist. Genau so zulänglich sind die Abszeß-Spaltungen nach einer perinealen Erfnung der hinteren Harnröhre, sei es, daß eine digitale Ruptur s Abszesses vorgenommen wird, oder — nach P r a e t o r i u s — die zision von dem Harnröhrenschnitt aus mit einem Knopfmesser erlgt. Auch hier findet der wichtigste Teil der Operation ohne ntrolle des Auges statt. Es ist zweifellos mit einer der Hauptvorle der perinealen Inzision, daß bei nicht sichtbarem Abszeß und cht sicherem Palpationsbefund der Abszeß doch schließlich durch nktion, ohne größere Gewebszerstörung, gefunden werden kann.

Barringer verzichtet überhaupt auf eine Freilegung der Prostat und Spaltung der Prostataabszesse. In Steinschnittlage sticht er vor Damm aus zwischen Harnröhre und Rektum mit einer Injektionskanül in Lokalanästhesie auf die Prostata ein. Wenn der Abszeß gefunden is wird der Eiter mit einer Spritze aspiriert. Bei 14 Abszessen kam e mit einer einzigen Punktion zum Ziele. Nur in einem Falle mußt noch operiert werden. Wohl bemerkt möchte Barringer diese Method nur bei gonorrhoischen Abszessen und nicht bei Streptokokken- un Kolieiterungen angewandt wissen. Auch Keyes führte diesen Eingri bei 26 Prostataabszessen durch. Nur bei 4 Kranken kam er m der Punktion nicht aus und mußte operieren. Rapp, der ebenfall Anhänger der Methode Barringer's ist, nimmt nach der Aspiratio des Eiters eine Füllung der Abszeßhöhle mit Rivanol vor. Daß abe häufig alle diese angeführten Operationsmethoden besonders bei chro nischen und fistelnden Prostataabszessen nicht genügen, sondern o atypische und technisch sehr schwierige Operationen nötig sind, u eine Heilung herbeizuführen, beweisen folgende in der Chirurgische Klinik Halle beobachteten Fälle.

Fall 21.

Patient Th. R., 47 Jahre, Kaufmann. Aufnahme 5. 4. 1927.

Vorgeschichte: Vorausgegangen sind mehrere Tripperinfektione die fachärztlich regulär behandelt und gut ausgeheilt seien. Angeb lich erneute Tripperinfektion im Frühjahr 1926 in Paris. Mehrmonatig spezialärztliche Behandlung in Düsseldorf ohne Erfolg. Im Somme 1926 zur Kur in Bad Brückenau. Trotz der dortigen sehr energische instrumentellen Behandlung ist eine Klärung und Besserung des Urin nicht erzielt worden. Die Erscheinungen waren die einer Erkrankun der hinteren Harnröhre mit Beteiligung der Prostata Prostatitis Wenige Wochen nach Beendigung der Kur in Brückenau im Herbs 1926 trat eine Verschlechterung des Zustandes ein. Es konnte ärztlicher seits ein Prostataabszeß nachgewiesen und im Verlauf der ärztliche Beobachtung auch das Phänomen des Luftharnens beobachtet werden das sich im Anschluß an das Wasserlassen zeigte. Auch unabhängig von diesem wurde Abgang von Gasen aus der Harnröhre beobachtet Außerdem kam es zum Durchtritt von Urin in den Mastdarm. Häufig stellte sich beim Urinieren ein vehementer Stuhldrang ein. Urin sol im Stuhl mehrfach einwandfrei festgestellt worden sein. In der aller letzten Zeit gingen neben Gasen auch Kotpartikel durch die Harn röhre ab, so daß an der Diagnose einer Rektourethralfistel kein Zweife mehr bestehen konnte.

Befund: Gesund aussehender Mann. Kräftiger Körperbau. An der inneren Organen regelrechter Untersuchungsbefund. Reflexe regelrech auszulösen. Abdomen o. B. Am Genitale äußerlich keine Veränderung Prostatabefund: Rektal fühlt man im rechten Lappen, der, ebenso wie der linke, nicht nennenswert vergrößert ist, eine umschriebene druck schmerzhafte, etwas fluktuierende Stelle, aus welcher bei vorsichtigem

ruck dickes eitriges Sekret ausdrückbar ist, das sich in reichlicher nge aus der Harnröhre entleert. Mikroskopisch finden sich in demben neben reichlichen Eiterkörperchen stabförmige Bakterien, aber ine Gonokokken. Urin: Trübung der ersten und zweiten Urinrtion. Rektoskopischer Befund: Dicht hinter dem Sphinkter, beiet sich in der Rektalschleimhaut ein winziges, papillenförmiges Gede, das die Einmündungsstelle der Fistel darstellen könnte.

6. 4.: Operation (Professor Voelcker). „Die Operation wurde in ntopon-Scopolamin-Aethernarkose ausgeführt. Es handelt sich bei eser Operation nicht nur darum, den Prostataabszeß zu eröffnen und ch außen zu dainieren, sondern, da die Prostata sicherlich im nzen von Entzündungsherden durchsetzt ist, sie vollständig zu entrnen. Der Operationsplan mußte aber unbedingt auf die Tatsache ücksicht nehmen, daß der Abszeß mit dem Rektum kommunizierte. enn in der üblichen Weise der Darm von der Prostata abgelöst ürde, so wäre zu befürchten, daß sich die Öffnung dabei vergrößert ler daß die Öffnung im Rektum hinterher mit der Öffnung zu den arnwegen zu einer Dauerfistel zusammenwächst. Deshalb wurde in was anderer Weise als üblich vorgegangen. Nachdem durch einen chtsseitigen Schnitt neben dem Anus der M. levator ani durchtrennt id das Rektum freigelegt war, wurde auf die Ablösung des Rektums on der Prostata verzichtet und die Prostata nicht an ihrer rektalen berfläche durch weiteres Vordringen, sondern an ihrer rechten eitenfläche freigelegt. Hier wird die Prostatatakapsel inzidiert und e Prostata von diesem Schnitte aus enucleiert. Das war zwar hwierig, gelang aber. Nachdem die Prostata ausgelöst und entfernt ar, wurde in der üblichen Weise ein Katheter durch die Harnröhre id ein Gummischlauch von der Wunde aus in die Blase eingeführt, is Prostatawundbett tamponiert und die Wunde durch Nähte vereinert.

Die herausgenommene Prostata zeigte an ihrem medialen Teile nen jetzt leeren Abszeß, der aber in gefülltem Zustande wohl die röße einer Haselnuß gehabt haben kann. An einzelnen Stellen des rostataabszesses, glaubt man, kleine miliare Eiterherde mit bloßem uge zu sehen."

Verlauf: Kaum eine Nachblutung. Patient erholt sich schnell. ägliche Spülungen. 11. 4.: Der Tampon läßt sich leicht entfernen. Die urchspülung von vorn nach hinten ist immer frei. Der Urin ist ar. 15. 4.: Entfernung des Drain. Schon nach 3 Tagen ist die Drainelle fast dicht. 20. 4.: Wunde hinten vollkommen dicht. Gutes Allgeeinbefinden. Der Katheter wird entfernt. Spontanes Urinieren ohne eschwerden, doch entleert sich neben dem sonst klaren Urin wenig ıft, besonders am Schluß der Miktion. Auch ganz kleine Kotpartikelıen gehen ab. Es wird wieder ein Katheter eingelegt. 30. 4.: Der atheter wird wieder entfernt. Bei stärkerer Blasenfüllung merkt ıtient jedoch, daß wieder Wasser in den Mastdarm kommt. Ganz ringe Luftmengen gehen am Schluß der Miktion durch die Harn-

röhre ab. 1.5.: Es wird wieder ein Katheter eingelegt. 4.5.: Kathete entfernt, Urinlassen beschwerdefrei. Es geht nur noch ganz wen Luft am Ende der Miktion durch die Harnröhre ab, aber kein Abgan des Urins mehr in den Mastdarm, selbst nicht bei größerem Inha der Blase. 5.5.: Patient kann heute ohne Katheter in ambulante B handlung entlassen werden. Wasserlassen völlig beschwerdefrei, Uri völlig klar.

Fall 22.

Patient E. T., 64 Jahre, Geschäftsführer. Aufnahmetag 21.8.192

Vorgeschichte: Früher gesund gewesen. Seit Jahren erschwert Urinlassen in dünnem Strahl. Im April 1927 nach Genuß kalten Biere völlige Retention. Der Arzt mußte mehrere Male katheterisieren. Bal konnte Patient wieder spontan urinieren, es war jedoch sehr e schwert. Der Urin wurde trübe und roch. Kuren in Wildungen wares ohne Erfolg. Es wurde eine Prostataeiterung festgestellt. Seit 6 Woche sei der Urin blutig, trübe, stets hatte der Patient Eitertropfen an d Harnröhrenmündung. Selbstkatheterisierung. Es wurde Restharn fes gestellt. Häufiger Harndrang. Urinstrahl sehr dünn.

Befund: Mittelgroßer Mann in gutem Allgemeinzustand. Haut un sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Herz, Lunge und Bauch organe regelrecht. Prostata klein, weich. Aus der Harnröhre entlee sich bei Druck auf die Prostata immer Eiter. Spontane Miktion i ganz dünnem Strahl nach längerem Pressen. Röntgenbild mit Jodipin füllung: große Blase mit geringem walligen Rand. 23.8.: Operatio (Professor Voelcker). Mischnarkose. Bauchreitlage. Schnitt rechts vo After. Abschälen des Rektums. Orientierung durch Verwachsunge entzündlicher Natur erschwert. Inzision der Prostata und der Samen blasen. Herausnahme eines Prostataknotens. Tampon, Rohr, Hautnah

Verlauf: Patient erholt sich schnell. Keine Nachblutung. Tampo wird nach 4 Tagen entfernt. 24.9.: Nur noch ganz geringer Urin abgang aus der sonst fest verheilten Wunde. Guter Allgemeinbefun 2.10.: Keine Urinabsonderung mehr aus der Wunde in den letzte Tagen. Katheter wird entfernt. Patient kann spontan Urin lasse 5.10.: Urinentleerung unbehindert. Wunde trocken. Patient wird en lassen.

9.10.: Wiederaufnahme. Nachdem die Wunde 5 Tage dicht ge wesen war, entleert sich beim Wasserlassen wieder reichlich Uri aus der Wunde. Es wird ein Dauerkatheter gelegt. Tägliche Blasen spülungen. Aus der Fistel und aus der Harnröhre Eiterabsonderung 23.10.: Dauerkatheter wird wieder entfernt. Die Fistel ist zeitweis dicht. 8.11.: Patient hat Schmerzen in der Umgebung der Fistel, au der sich dicker Eiter entleert. 8.11.: Röntgenaufnahme mit Jodipin füllung der Fistel. Die Fistel geht in eine fingerdicke Höhle über, di mit dem hintersten Harnröhrenteil in breiter Verbindung steht 12.11.: Erweiterung der Fistel mit Laminarstiften. Nur beim Urin lassen geht Urin aus der Fistel ab. Im Rausch wird die Fistel ausge kratzt und ein Gummirohr eingelegt. 17.11.: $^3/_5$ des Urins gehen bei de

iktion nach hinten ab. 4.12.: Beim Katheterisieren stößt der Katheter ute in der hinteren Harnröhre auf eine enge Stelle. Deshalb vorsichtiges Bougieren. Die Fistel ist fast dicht und tief eingezogen rheilt. Am 18.12. nach Hause entlassen.

1.5.29: Wiederaufnahme: In der Zwischenzeit mehrere Male 2tägige Fieberanstiege mit Aufbruch der Wunde an der Fistelstelle, s entleert sich wenig Eiter. Patient wird in gutem Allgemeinzustand ufgenommen und ist beschwerdefrei. Die Wunde ist fast verheilt. atheterbehandlung. Am 14.5.29 beschwerdefrei entlassen. Harnstrahl räftig.

5.5.31: Wiederaufnahme: Patient ist es in der letzten Zeit nicht t gegangen. Bei jedem Wasserlassen krampfartige Schmerzen in der nteren Harnröhre. Häufiges Wasserlassen. 11.5.: Nach Instillationen t eine gewisse Besserung der Beschwerden eingetreten. Der Urin cht noch sehr trübe aus. Bei Beginn des Wasserlassens kommt eist ein Tropfen reinen Eiters. Von einem operativen Eingriff wird gesehen.

15.10.31: Patient kommt in deprimiertem Zustand wieder zur Aufhme. Frei von Schmerzen ist er nie ganz gewesen, sie haben sich der letzten Zeit wieder verstärkt. Außerdem hat sich ein Durchuch von der Blase bzw. hinteren Harnröhre nach dem Mastdarm bildet. Ein Teil des Urins geht unter Schmerzen im After durch den astdarm ab. Andererseits beobachtet er Abziehen von Luftblasen rch die Harnröhre. Der Urin ist sehr trübe. Zur Zeit ist das asserlassen sehr schmerzhaft. Bei dem Versuch zu katheterisieren ößt man auf eine sehr derbe Striktur im hinteren Harnröhrenabhnitt, welche den eingeführten Katheter nicht durchläßt. Nach Einhrung mehrerer filiformer Bougies gelingt es schließlich, mit einem lchen in die Blase zu kommen und ein dickes Metallbougie nachzuhren. In den nächsten Tagen gelingt es, einen dünnen Mercieratheter einzuführen. Es wurden noch mehrere Katheterwechsel rgenommen. Bei der Sachlage erschien es nach dem bisherigen Veruf jedoch zweifelhaft, ob man auf diese Weise eine Heilung der asen-Mastdarm-Fistel erreichen kann. Bei liegendem Katheter fließt ch hinten kaum etwas ab. Jedoch zeigen sich vorn am Katheter mer wieder Gasblasen. 26.10.: Operation (Professor Voelcker) in arkose. Anlegung eines Anus praeter an typischer Stelle. 28.10.: tient hat den Eingriff gut überstanden; aus dem künstlichen After hen Winde ab. 1.11.: Seit gestern hat Patient Bauchgrimmen. Am us praeter ist alles in Ordnung. Es sind geringe Stuhlmengen abgegen. Urin hat sich in letzter Zeit gebessert. Man hat den Eindruck, ß Patient den Dauerkatheter gut verträgt. 9.11.: Die Blasen-Mastrm-Fistel ist noch nicht verheilt.

Bis zum 7.12. wurde die Katheterbehandlung bei dem Kranken rtgesetzt. Der Katheter wurde dann entfernt, und er konnte ohne schwerden Wasser lassen. Gleichzeitig hat er beim Wasserlassen ch Stuhldrang. Dabei wurde jedoch Urinabgang aus dem After

nach den Angaben des Patienten bestimmt nicht mehr beobachtet Am Anus praeter keine Schwierigkeiten. Patient wird heute nach Hause entlassen. Als Behandlung zu Hause kommt neben Darmspülungen vor allen Dingen regelmäßiges Katheterisieren in Frage, da hier beobachtet wurde, daß die Verengerung in der Harnröhre Neigung hat, sich schon nach wenigen Tagen zusammenzuziehen.

Wiederaufnahme 1933: Der Zustand des Kranken hat sich verschlimmert. Spontanes Urinieren aus der Harnröhre ist so gut wie unmöglich. Es entleeren sich nur einige Tropfen Eiter-Urin aus der Harnröhre. Die Hauptmenge entleert sich aus der Fistel in den Mastdarm. Patient kann nur so Urin lassen, daß er sich auf den Abort setzt, den Urin in den Mastdarm drückt und dann durch den After entleert. Hierbei bestehen unerträgliche Schmerzen. Bei der rektalen Untersuchung fühlt man einige cm hinter dem Sphinkter an der Vorderseite ein etwas eingezogenes deutliches Loch im Mastdarm. In der Prostatagegend besteht starke Druckempfindlichkeit. Das ganze Gewebe fühlt sich schwammig an. Auf Druck entleert sich Eiter aus der Harnröhre. Auch bei Druck auf den oberen Teil der alten Operationsnarbe entleert sich aus der Harnröhre reichlich Eiter. Es wird eine Röntgenaufnahme mit Kontrastfüllung der Harnröhre gemacht. Diese zeigt eine deutliche Abszeßhöhle in der Prostatagegend. Die Höhle erstreckt sich durch die Fossa ischiorectalis bis in die Gegend der alten Operationsnarbe. Sie zeigt mehrere Verästelungen und einen Gang der nach dem Mastdarm führt. Erst folgende Operation konnte den Kranken von seinem Leiden befreien:

Operation am 3. 8. 1933 Professor Brandt in Narkose. Um die Abszeßhöhle mit ihren Verästelungen gut sichtbar zu machen, wird zunächst Indigokarmin in die Harnröhre gespritzt. Danach wird ein Katheter in die Harnröhre eingelegt. In Voelcker'scher Bauchreitlage wird die alte Operationsnarbe in der Fossa ischiorectalis eröffnet, nach dem ersten Schnitt entleert sich reichlich blauer Farbstoff aus dem oberen Teil der Wunde. Man sieht hier eine umfangreiche, mit schmierigen Granulationen und Nekrosen ausgekleidete Abszeßhöhle, die breit gespalten wird. Um den Mastdarm zu schonen, wird ein Finger in das Rektum eingeführt und die Spaltung der Abszeßhöhle so weit vorgenommen, bis man auf den Harnröhrenkatheter stößt. Auch nach der Vorderseite des Rektums zu, wo die Mastdarmfistel liegt, wird das Gewebe gespalten. Um eine bessere Heilung der Mastdarmfistel zu ermöglichen, wird ein Lappen des ischiorektalen Fettgewebes in die Gegend der Fistel durch 2 Nähte fixiert. Sodann wird neben den Katheter ein dickes Gummirohr in die Blase eingeführt, sodaß auch der Urin nach unten sicher abgeleitet werden kann. Die Wunde wird tamponiert und bleibt offen. Der postoperative Verlauf war ohne Zwischenfall, und der Kranke konnte als geheilt aus der Klinik entlassen werden.

VI. Zusammenfassung.

In der vorliegenden Arbeit sollte eine umfassende Darstellung
er die Entzündung der Vorsteherdrüse und ihre Therapie gegeben
rden. Besonderer Wert wurde auf eine Zusammenstellung der
nigfaltigen klinischen Symptome der verschiedenen Prostatitis-
nen, sowie einer Reihe weniger bekannter, aber doch wertvoller
gnostischer Methoden gelegt. Im Kapitel über die Therapie sind
nfalls z. T. Behandlungsmethoden angeführt worden, die lediglich
Autor angewandt hatte, die es aber doch wert erscheinen lassen,
Fällen, in denen die üblichen Behandlungsmethoden nicht zum
le führen, einmal angewandt oder gar nachgeprüft zu werden.
i dem großen Material, das die Literatur an einschlägigen Arbeiten
tet, war es unmöglich, sich nur auf das Material der Chirurgischen
inik Halle zu beschränken. Immerhin glaube ich, daß wir an Hand
serer operativ behandelten chronischen Prostatitiden den Schluß
hen dürfen, bei hartnäckigen, jeder konservativen Behandlung trot-
nden entzündlichen Erkrankungen der Vorsteherdrüse, mehr als
sher die chirurgische Therapie anzuwenden.

Zum Schluß erlaube ich mir, Herrn Dozent Dr. med. Kraas
r die Anregung zu dieser Arbeit und seine bereitwillige Unter-
ützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

SCHRIFTTUM.

1. Arias Schreiber, L.: Cronic. Med. Mexic. Bd. 27, 1928. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1928, Bd. 25, S. 147.
2. Arnold, Walter: Über die Heilung der gonorrhoischen Prostatitis mit Arthigon und Terpentin. Münchener Medizinische Wochenschrift. Jg. 69, N. 17, S. 621—622, 1922.
3. Astériadés, Tasso: Lyon chir. 1926. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1927, Bd. 21, S. 447.
4. Avoni, Aldo: Bull. d. Scienze M. Bologna. Bd. 10, 1922. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1923, Bd. 11, S. 408.
5. Ball, W.: Girling Brit. J. of Urol. 3. 1931. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1931, Bd. 33, S. 279.
6. Barringer, B.: Journ. of Urol., 7. J., 1922. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1923, Bd. 11, S. 237.
7. Barzanskij, S.: Vrač Delo 13, 1930, Zt. f. ur. Chir. 1931, Bd. 33, S. 257.
8. Belostozky, M.: 70 Fälle akuter eitriger Prostatitis. Ztsch. f. ur. Chir., Bd. 17, 1925, S. 53.
9. Berlin, unter Sienkiewicz: Versuch der rektalen Schlammanwendung bei der Behandlung chronischer Prostatitiden. Zt. f. Urol. 1930, Bd. 24, S. 901.
10. Bettazzi, G.: Annal. chir. ital. 1924. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1925, Bd. 18, S. 479.
11. Boies, L. R.: Minne sota 11, 1928. Ref. f. ur. Chir. 1929, Bd. 27, S. 52.
12. Briggs: Urologic Rev. 35 (1931). Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1932, Bd. 24, S. 60.
13. Burkardt-Polano: Untersuchungsmethoden und Erkrankungen der männlichen und weiblichen Harnorgane. S. 108.
14. Cady, S. und Deakin, R.: J. of Urol. 30. 1933. Ref. Ztsch. f. urol. Chir. 1933. Bd. 38, S. 200.
15. Campbell, Meredith: J. of Urol. 22. 1929. Ref. Zt. f. urol. Chir. 1930. Bd. 29, S. 208.
16. Casariego, Arturo: Die Behandlung der Harnverhaltung bei akuter gonorrh. Prostatitis mittels Prostatotomie. Ztsch. f. Urologie, Bd. 22, H. 2, S. 103—105, 1929.
17. Caskey, Mc., unter Keyes: Ref. Ztsch. f. ur. Chir. Bd. 8, 1922, S. 123.
18. Casper: Lehrbuch der Urologie, S. 243.
19. Castano, Enrique: Semana méd. Jg. 34, 1927. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1927, Bd. 23, S. 311.

0. Chiaudano, C.: Policl. sez. prat. J. 29, H. 39, 1922. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1923, Bd. 13, S. 119.
1. Chocholka, Bruxelles: Imprimerie Lielens 1929, S. 16. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1932. Bd. 34, S. 210.
2. Chocholka: Archiv franco-belges Chir. 31, 1929. Zt. f. ur. Chir. Chir. 1930, Bd. 29, S. 343.
3. Chocholka, E.: Casopis lékaru tesk. J. 67, Nr. 28, 29. 1928. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1929, Bd. 26, S. 220.
4. Cumming, R. E.: Surg. gyng. a. obst. 39 N. 3. 1924. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1925, Bd. 17, S. 281.
5. Cumming, R. E.: S. americ. med. assoc. 92. 1929. Ref. Zt. f. ur, Chir. 1929, Bd. 28, S. 77.
6. Cluver, Harry: J. of Urol. 26, 1931, Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1932, Bd. 34, S. 60.
7. Cotte, G.: Rev. franç. de gyn. 11/12. 1923. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1924, Bd. 15, S. 192.
8. Davis, D.: J. of Urol. 30. S. 579. 1933. Ref. Ztsch. f. ur. Chir, 1934. Bd. 39, S. 243.
9. Derecq, M.: Progr. méd. J. 49 N. 3, 1922. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1922, Bd. 9, S. 267.
0. Devroye, M.: Scalpel. Jg. 79, Nr. 48, 1926. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1927. Bd. 22, S. 249.
1. Dittel, unter Felber: Erfahrungen mit der perinealen Operation der Prostataabszesse. Ztsch. f. ur. Chir., Bd. 9, 1922, S. 390.
2. Du Bois: Clin. méd. a. surg. Bd. 35, 1928. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1928, Bd. 25, S. 432.
3. Duhot, Rob.: Rev. belge d'urol. 1923. Jg. 16, Nr. 1. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1926, Bd. 19, S. 62.
4. Duzen, van, Rex: Urologic Rev. 38, 1934, Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1934, Bd. 39, S. 365.
5. Egervary, v. Tibor: Ref. in Ztsch. f. ur. Chir. 1931, Bd. 33, S. 153 Abt. Org.
6. Elaut, L.: Vlaamsch. geneesk. tijdschr. 9, 1928. Ref. Ztsch. f. urol. Chir. 1929. Bd. 26, S. 145.
7. Farago, Zsigmond: Gyogyaszat 1929 I, Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1929. Bd. 28, S. 364.
8. Farago, Zsigmond: Gyogyaszat. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1929, Bd. 28, S. 382.
9. Farman, G.: J. of am. med. ass. 79, N. 16, 1922. Ref. Zt. f. ur. Chir, 1923, Bd. 12, S. 263.
0. Felber, E.: Erfahrungen mit der perinealen Operation der Prostataabszesse. Ztschr. f. ur. Chir., Bd. 9, 1922, S. 390.
1. Filippi, Alberto Atti: Soc. med. chir. Padova ecc. 11. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1933, Bd. 38, S. 210.
2. Fischer u. Orth: Die Chirurgie der Prostata. Ztsch. f. ur. Chir., Bd. 5, 1929, S. 261.

43. Flandrin, P.: Arch. urol. de la Clin. Necker 6. 1928. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1929, Bd. 27, S. 53.
44. Fouqiau, P.: Arch. ur. de la Clin. d. Necker. 1933. Bd. 4, H. 1. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1924, Bd. 15, S. 192.
45. Garré, Küttner, Lexer: Handbuch der prakt. Chirurgie. 4. Bd., S. 972.
46. Gayet, G.: Lyon. méd. 1929, I. Ref. Ztsch. f. ur. Chir. 1929, Bd. 28, S. 76.
47. Goldberg: Kleine Urologie, S. 96.
48. Grandineau: Strasbourg méd. J. 85. N. 20. 1927. Zt f ur. Chir. 1928. Bd. 24, S. 304.
49. Grant, Owsley: J. of Urol. 29. 1933 Ref Ztsch f. ur. Chir 1933. Bd. 38, S. 41.
50. Grant, Owsley: Arch. physik. Ther. 10. 1929. Ref. Ztsch. f. ur Chir. 1930. Bd. 29, S. 188.
51. Grant, Owsley: South med. J. 21, 1928. Ref. Ztsch. f. urol. Chir. 1929, Bd. 28, S. 46.
52 Grant, Owsley: Urol. a. cut. review, Bd. 31, N. 7, 1927. Ref. Zt f. ur. Chir. 1928, Bd. 24, S. 86.
53. Greenberger, Monroe: Urol. Rev. 35, 1931. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1932, Bd. 34, S. 40.
54 Greenberger, Artur: Urol. a. cut. review. Bd 30. Nr. 10. 1926. Ref Ztschr. f. urol. Chir. 1927, Bd. 22, S. 149.
55 Grimaldi, Franzisko: Semena méd. J. 34. Nr 43. 1927. Ref. Ztschr f. ur. Chir. 1928, Bd. 25, S. 230
56 Großmann, unter Sienkiewicz Versuch der rektalen Schlammanwendung bei der Behandlung chron Prostatitiden Zt. f. Ur. Bd. 24, 1930, S. 901.
57 Habermann Die Therapie der gonorr Prostatitis. Derm Wochenschrift 1930, II, S. 1531.
58 Heckenbach: Die Auswirkung der chronisch-entzündlichen Erkrankungen der männlichen Adnexe auf die oberen Harnwege. Zt. f. urol. Chir. 1929, Bd. 26, S. 477.
59 Heiner, Lajos Gyógàszat 1931. I. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1931, Bd. 33, S. 25.
60 Herrmann u. Casp: Ann. of. nag. Bd. 81, 1925. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1926, Bd. 19, S. 143.
61 Herrmann, Leon: Surg. clin. of North Am. Bd. 5, Nr. 6, 1925. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1927, Bd. 21, S. 133.
62 Herrold, Russel: J. am. Assoc. 91, 1928. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1929, Bd. 26, S. 220.
63 Herwitz, Isaak: Zur Behandlung der chronischen Prostatitis mit Diathermie. Dermat. Wochenschr. 1928, II, S. 1126.
64 Hinrichsen, unter Minder: Über Prostataabszesse. Zt. f. Urologie, Bd. 22, 1928, S. 1.
65. Hirsch, Hans: Iontothermie, eine neue Behandlungsart der chron.-

Prostatitis und Spermatocystitis. Orig. Derm. Wochenschrift. 1931, II, 1778—82.
6. Horwitz and Lackum: Surg. gynecol. a. obst. 47, 1928. Ref. Ztschr f. ur. Chir. 1929, Bd. 26, S. 93.
7. Hyrntschak, Th.: Mitteil. d. Volksgesundheitsamtes Wien, Jg. 26, Nr. 9. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1927, Bd. 22, S. 149.
8. Jablonskij: Vestn. Chir. H. 70, 71, 1931. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1932, Bd. 35, S. 369.
9. Jalifier: Clinique Jg. 21, Ur. 73, 1926. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1927, Bd. 22, S. 150.
70. Kirschner, Nordmann: Die Chirurgie 6, 2. Teil, S. 928.
71. Keyes, E.: Int. journ. of. surg. Bd. 34, Nr. 1, 1921. Ref. Zeitschr. f. ur. Chir. 1922, Bd. 8, S. 123.
72. Knack u. Simon: Die Bedeutung der chron. Prostatitis vom Standpunkte der inneren Medizin. Klin. Wochenschrift, Jg. 7, Nr. 29. 1928, S. 1369—1373.
73. Krebs, G.: Die nicht gonorrhischen entzündlichen Erkrankungen der Prostata und ihre diagnostische Bedeutung. Verhandlungen d. Dtsch. Ges. f. Urologie. 1928, Bd. 8, S. 78.
74. Kretzschmar, H.: Surg. gynec. obst. 32, Nr. 3, 1921. Ref. Zt. f. Urol. 1924, Bd. 18, S. 411.
75. Le Fur: J. d'Urol. 34 (1932). Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1933, Bd. 36, S. 38.
76. Lackum u. Major: Med. Jour. am. Rec. 132, 1930. Zt. f. ur. Chir. 1931, Bd. 31, S. 380.
77. Legueu u. Fouquiau: Journ. d'Urol. 15, H. 1, S. 41. Ref. Zt. f. Urologie. 1924, Bd. 18, S. 185.
78. Lowsley, Osw.: New York. med. Journ. 1921, Bd. 113, Nr. 13. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1921, Bd. 7, S. 337.
79. Lloyd, V.: Guy's Hosp. reports 75, II., 1925. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1926, Bd. 19, S. 138.
80. Lukasev, V.: Klinicesk. Medic. Jg. 8, Bd. 5, 1927. Ref. Zt. f. urol. Chirurgie. 1928, Bd. 24, S. 233.
81. Lutz, K.: Zur Frage der Prostatamassage. Med. Klin. 1930, II, S. 1523—24.
82. Lutz, K.: Die Gefährlichkeit der Prostatamassage. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 54, Nr. 22, S. 916—918, 1928.
83. Mandl, Felix: Zur Frage der Schädigung durch Prostatamassage. Orig. Wien. med. Wochenschr. 1931, II., S. 1213.
84. Marjassin u. Petscherski: Cytologie des Prostatasekretes bei gonorrhoischen und postgonorrhoischen Prostatitiden. Ztschr. f. Urol. 22, S. 948—953. 1928.
85. Marion: Congr. franç. Urol. 1931. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1932, Bd. 35, S. 215.
86. Marion, G.: Journ. d'Urol. Bd. 11, Nr. 5/6, 1921. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1921, Bd. 7, S. 338.

87. Martin, L.: Urol. Rev. 37, 1933. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1934, Bd. 39, S. 82.
88. Martin, J.: Journ. d'urol., Bd. 21, II. Ref. f. ur. Chir. 1926, Bd. 20, S. 469.
89. Martin u. Larregla: Siglo med. Bd. 76, 1925. Zt. f. ur. Chir. 1926, Bd. 19, S. 289.
90. Matta, Carlos: Rev. de la assoc. med. argent. Bd. 37, Nr. 236, 1924. Ref. Ztschr. f. urol. Chirurgie. 1926, Bd. 20, S. 168.
91. May, Ferdinand: Prostatitis, verursacht durch Trichomonas vaginalis-Infekt. Orig. Zt. f. Urol. 26, S. 407—408, 1932.
92. Mc Clure Joung, H.: Urologic. Rev. 35 1931). Ref. Zt. f. ur. Chir. 1932, Bd. 34, S. 328.
93. Medina de Barrio: Med. ibera 1931, I. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1931, Bd. 33, S. 160.
94. Meisezahl: Metastatische Prostataabszesse. Ztbl. f. Chirurg. 1929 674—676.
95. Messerschmidt u. Walther: Die Bakteriologie der chronischen postgonorrh. Prostataentzündung nebst therap. Versuchen mittel Autovakzinen. D. Med. W. 1920, Nr. 51.
96. Michael, Max: Orig. Dtsch. med. Wochenschrift. 1933. II., S. 1613
97. Michalsky, H.: Beitrag zur Prostatamassage. Derm. Wochenschr. 1930, II, S. 1487—1488.
98. Mihalovici: J. d'Urol. 34. 1932. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1933, Bd. 36, S. 184.
99. Minder, Jul.: Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1933, Bd. 38, S. 370. Abt. Orig.
100. Minder, Jul.: Über Prostataabszesse. Zt. f. Urol. 1928, Bd. 22, S. 1.
101. Mouradian: Ann. de mal. vénér. 17, Nr. 2, 1922. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1923, Bd. 11, S. 113.
102. Multhauf, A. u. Wickliffe: Urol. Rev. 37, 1933. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1933, Bd. 38, S. 302.
103. Muradoff (Tiflis): Auf 1. Urol. Kongr. Rußl. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1927, Bd. 22, S. 140.
104. Nast, Otto: Zur Therapie der Prostatitis. D. M. W. Jg. 53, Nr. 35, S. 1472, 1927.
105. Nickel und Stuhler: Med. Clin. N. Am. 13, 1930. Ref. Zt. f. urol. Chir. 1931, Bd. 31, S. 370.
106. Ohya, Zen.: Japanisch. Ref. Ztschr. f. urol. Chir. 1931, Bd. 32, S. 193.
107. Orlowski: Gefährlichkeit der Prostatamassage? D. M. W. Jg. 54, Nr. 26, S. 1089, 1928.
108. Palmer, E.: J. of Med. 43, 1930. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1931, Bd. 31, S. 379.
109. Pelouze, P.: Med. journ. a. rec. 119, Nr. 12, 1924. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1925, Bd. 17, S. 280.
110. Perrin, Jean: Journ. d'urol. Bd. 23, 1927. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1927, Bd. 23, S. 147.

Phélip, L.: Lyon méd. 131, Nr. 23, 1922. Ref. Zt. f. ur. Chir. 1923, Bd. 13, S. 120.
Plotkin, F.: Kuban naucno-med. Z. 7/8, 1928. Ref. Zeitschr. f. ur. Chir. 129, Bd. 26, S. 221.
Pollock, Robert: Amer. J. Surg. No. 23, 1934. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1934, Bd. 39, S. 437.
Pope, C.: Clin. med. am. surg. Bd. 35, 4., 1928. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1929, Bd. 26, S. 151.
Praetorius, G.: Zur Röntgendarstellung chron. Prostataabszesse. Orig. Ztschr. f. Urol. 26, 1932, S. 689—98.
Praetorius, G.: Zur Diagnose und Behandlung des chron. Prostataabszesses. Ztbl. f. Chirurgie, Jg. 54, Nr. 15, S. 958—960, 1927.
Rabinovic, S. u. Beregina Vrac: Delo 2, 1929. Ref. Ztschr. f. urol. Chir. 1930, Bd. 30, S. 188.
Rapp: Behandlung der Paranephritis und der Prostataabszesse mit Rivanol. Ztrbl. f. Chir. Jg. 51, Nr. 37, S. 2045—2053.
Redewill, F.: J. americ. med. ass. 94, 1930. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1931, Bd. 31, S. 370.
Rubritius: Orig. Wien. klin. Wochenschrift 1931, II, S. 1228—1229.
Sacchi, Marino: Arch. ital. di urol. Bd. 3, H. 3, 1927. Ref. Ztschr. f. urol. Chir. 1927, Bd. 22, S. 475.
Schwarz, O.: Über schwere Störungen der Darmtätigkeit als Fernsymptom einer Prostatis. Klin. Wochenschr. Jg. 1, Nr. 24, S. 1206—1208, 1922.
Serantes, Arturo: Rev. Cir. Buenos Aires. 10. 1931. Ref. Ztschr. f. urol. Chir. 1932, Bd. 35, S. 75.
Serantes, Art.: Monserrat, Garcia Rev. Especial 6. 1931. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1932, Bd. 34, S. 212.
Serantes, Lasserre, A. E.: Rev. Especial. méd. 5, 1930. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1931, Bd. 32, S. 73.
Sienkiewicz, E. M.: Versuch der rektalen Schlammanwendung bei der Behandlung chron. Prostatitiden. Zt. f. Urol. 24, 1930, S. 901—913.
Simmonds, Otto: Diathermie bei Prostatitis gon. chron. Med. Klinik. J. 17, Nr. 45, S. 1357—1358.
Spencer, J.: Urol. a. cut. review. 26, Nr. 6, 1922. Ztschr. f. ur. Chir. 1923, Bd. 11, S. 112.
Sprinz, Oscar: Einige Worte zum Aufsatz Stutzins: Nutzen und Schaden der Prostatamassage. Ztschr. f. Urol., Bd. 20, 1926, S. 420.
Spur, Ricardo: Rev. d. la assoc. med. argent. 37, Nr. 237, 1924. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1926, Bd. 20, S. 167.
Steven, unter Felber: Erfahrungen mit der perinealen Operation der Prostataabszesse. Zt. f. urol. Chir. Bd. 9, 1922, S. 390.
Strauß, H.: Frühzeitige Diagnose einer Sarkombildung unter dem Bilde eines Prostataabszesses. Orig. M. M. W. 1931, I, 269—270. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1931, Bd. 33, S. 91.

133. Stutzin: Zur Frage der Prostatamassage. Wien. med. Wochenschrift. 1931 II, S. 1150—1151.
134. Stutzin, J.: Über den Mißbrauch der Prostatamassage. Der Wochenschr. 1929, II. 1029—1032.
135. Stutzin, J.: Nutzen und Schaden der Prostatamassage. Ztschr. Urol. Bd. 21, H. 2, S. 89—92, 1927.
136. Stutzin, J.: Nutzen und Schaden der Prostatamassage. Zt. Urol. 1916, H. 9—10.
137. Stutzin, J.: Nutzen und Schaden der Prostatamassage. Ou Therapie der Gegenwart. August 1928.
138. Stutzin, J.: Nutzen und Schaden der Prostatamassage. Ztsc f. Urol., Bd. 20, 1926, S. 59.
139. Suter, F.: Koliinfektion der Harnwege. Ztschr. f. Urol., Beih zum Jg. 1925.
140. Svibel, José: Semana méd. 1932 II. Ref. Ztschr. f. ur. Ch 1933, Bd. 36, S. 240.
141. Swan: J. of Urol. 25, 1931. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1931, Bd. S. 161.
142. Szenkier, D.: Ein Prostataabszeß bei einem $2\frac{1}{2}$ jähr. Knaben. Zt Urologie. 23, 119—121, 1929.
143. Taddei, D.: Rif. Med. J. 42, 1926. Ref. Ztschr. f. urol. Ch 1927, Bd. 21, S. 124.
144. Taralli: Kongreß d. ital. ur. Ges. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 19 Bd. 40, S. 477.
145. Thomasson, A. H.: Arch. opht. 52, 1923. Ref. Ztschr. f. ur. Ch 1924, Bd. 16, S. 115.
146. Tregubova u. Krettschenkò: Sovet. Vestn. Vener. i. Derm. 2, 19 Ref. Zt. f. Urologie, 1935, Bd. 29, S. 743.
147. Treuherz, Walter: Bemerkungen über die Arbeit von J. Stutz „Über den Mißbrauch der Prostatamassage", Dermat. Wochensc 1930 I, 416—418.
148. Thompson, J.: J. am. med. assoc. 104, Nr. 10. Ref. Zt. f. Urol. 19 Bd. 29, S. 662.
149. Trojan, E.: Ref. aus d. ungar. Urol. Liter 1928. Ztschr. f. Ur Bd. 25, 1931, S. 111.
150. Valverde, Belmiro: Annal. Mal vénér. 26 (1931). Ref. Ztschr. urol. Chir. 1931, Bd. 32, S. 378.
151. Valverde, Belmiro: Annal. Mal vénér. 25 (1930). Ztschr. f. ur Chir. 1930, Bd. 30, S. 322.
152. Verdier, Charl.: New Orléans méd. a. surg. journ. Bd. 80 (192 Ref. Ztschr. f. urol. Chir. 1928, Bd. 24, S. 80.
153. Visher, W. J.: Med. J. Record. 21. Aug. 1929. Ref. Ztschr. f. Ur 1930, Bd. 24, S. 937.
154. Walther, H.: New Orléans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 1926. Ref. Ztschr. f. urol. Chir. 1926, Bd. 20, S. 327.
155. Wesson, Miley: Med. J. a. Rec. 131, 1930. Ref. Zt. f. ur. Ch 1930, Bd. 30, S. 60.

Wesson, Miley: Californ. a. Western. med. Bd. 27, 1927. Ref. Ztschr. f. ur. Chir. 1929, Bd. 26, S. 31.
Wildbolz: Lehrbuch der Urologie, S. 352.
Wohlstein, Em.: Fokalreaktionen bei chron. Prostata- und Samenblasenentzündung während der Badekuren in Bad Pystian. Med. Klin. 1928, II, 1280—1281.
Wolbarst, L.: Int. J. of Med. 42, 1929. Ref. Zt. f. urol. Chir. 1929, Bd. 28, S. 47.
Wolbarst, L.: Med. journ. Am. record. Bd. 123, Nr. 1, 1926. Ref. Zt. f. urol. Chir. 1926, Bd. 20, S. 463.
Wolbarst, L.: J. am. med. assoc. 91, Nr. 18. Ref. Zt. f. Urol. 1929, Bd. 23, S. 385.
Wossidlo, unter Stutzin: „Nutzen und Schaden der Prostatamassage". Ztschr. f. Urologie, Bd. 20, 1926, S. 59.
Wright, Burnett: Californ. Med. 34 (1931). Ref. Zt. f. urol. Chir. 1931, Bd. 33, S. 135.
Zentmayer, William: Journ. of the Am. med. Assoc. 87, Nr. 15, 1926. Ref. Ztschr. f. urol. Chir. 1927, Bd. 22, S. 148.
Zhorno, S.: Zur Frage über die Diagnostik der Prostatitiden und über mein Phaenomen des scheinbaren Verschwindens der Lecithinkörperchen aus den dicken Strichen des Prostatasekrets. Z. f. Urol. 24, 771—778, 1930.
Zollschan, Josef: Bemerkungen zu Stutzins Aufsatz: Nutzen und Schaden der Prostatamassage. Ztschr. f. Urol., Bd. 20, 1926, S. 416.

LEBENSLAUF.

Am 24. Januar 1913 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Frit Serfling und seiner Ehefrau Gertrud geb. Kühn in Halle (Saale) ge boren. Mit 6 Jahren kam ich in die Mittelschule der Franckesche Stiftungen und wurde 1923 Ostern auf das damalige Reform-Rea gymnasium umgeschult. Nachdem ich am 1. März 1932 die Reifeprüfun bestanden hatte, bezog ich die Martin Luther-Universität, um Mediz zu studieren. Im Herbst 1934 legte ich die ärztliche Vorprüfung al Am 14. 12. 1937 bestand ich die ärztliche Prüfung vor dem Prüfungsau schuß in Halle. Als Medizinalpraktikant war ich an der Universität Nervenklinik in Halle und am Städtischen Krankenhaus Sangerhause tätig. Die Bestallung als Arzt erhielt ich am 29. 12. 1938.

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätte Halle (Saale), Dölauer Straße 1
Spezialdruckerei für wissenschaftliche Werke und Dissertationen